



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil na Clínica da Encarnação, Hospital Dona Estefânia

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Professora Doutora Rita Cordovil Matos

Anabela Caetano Santos

2014

“(...) tal como um dito secular nos relembra, só podemos curar às vezes, aliviar algumas,
mas confortar sempre, se soubermos ser perseverantes.”

(Strecht, 2012a)

AGRADECIMENTOS

Obrigada Professor Doutor Rui Martins pelo cuidado académico em que fui orientada, pela flexibilidade em alterar horários e calendários, pela escuta atenta, e por vezes complicada, das minhas dúvidas e pela reflexão a que me induziu sempre.

Obrigada Professor João Costa pelas oportunidades de descoberta e discussão, pelo modelo clínico e inovador que constitui e pelas palavras sábias que sem explicar tudo diziam o que, na verdade, eu precisava de saber.

Obrigada a todos os professores envolvidos na lecionação da licenciatura e mestrado em Reabilitação Psicomotora e principalmente ao Professor Doutor Vítor Cruz que me acompanhou no estágio de licenciatura.

Obrigada a todos os profissionais da Clínica da Encarnação pela disponibilidade em partilhar conhecimentos e por me terem permitido assistir a consultas de especialidade.

Obrigada Sara, Filipa, Sofia e Sara pela fantástica equipa que fazemos e pela amizade que construímos ao longo dos últimos cinco anos, que esta ligação perdure no tempo...

Obrigada Adriano, pela tua escuta atenta e participativa, e por nunca me deixares esquecer o que é importante ao coração.

Obrigada à minha família! À minha mãe, minha tudo, como te tenho dito, é maravilhoso ser tua filha. Ao meu pai que me recebe com abraços fortes. À minha avó que me ensinou a sempre persistir. À minha irmã, querida, que soube preparar os pais para mim. Ao Francisco pela felicidade da sua existência. Ao Sr. Rui e à Sra. Eduarda pela disponibilidade. À tia Dalila, ao padrinho Vítor, às melhores primas do mundo e ao scooby que apaga as lágrimas e não deixa de cantar.

Aos amigos do coração, Cláudia, Sara e Guilherme pela vossa constância aconchegante.

A todos os que me apoiaram e aconchegaram para poder chegar aqui de coração cheio,

O meu mais sincero OBRIGADA!

RESUMO

O presente relatório descreve as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, realizado na Clínica da Encarnação, Hospital Dona Estefânia. O estágio profissionalizante contou com sessões de observação participada e intervenção psicomotora com 39 crianças e jovens, na área da saúde mental. O relatório apresenta dois estudos-caso, enquanto modelos exemplificativos do trabalho desenvolvido, adicionando-se um enquadramento teórico, legal e institucional atual, assim como uma reflexão acerca da experiência de estágio.

O primeiro estudo-caso remete para uma criança com perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, deficiência mental e dificuldades de aprendizagem da leitura e da escrita, cuja intervenção integrou sessões individuais e de grupo. O segundo estudo-caso relaciona-se com uma criança diagnosticada com perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de ansiedade de separação, tendo sido acompanhada numa dinâmica a par. Para cada estudo-caso encontra-se descrito todo o processo de avaliação, estabelecimento de objetivos, programa pedagógico-terapêutico, resultados e respetiva análise. Da referida intervenção foi possível constatar melhorias, tanto a nível psicomotor como emocional e comportamental, validando-se o contributo da terapia psicomotora em saúde mental infantil e juvenil.

Palavras-chave: Clínica da Encarnação, Dificuldades de Aprendizagem, Estudo-caso, Hospital Dona Estefânia, Intervenção Psicomotora, Pedopsiquiatria, Perturbações da Ansiedade, Perturbações do Desenvolvimento, Psicomotricidade.

ABSTRACT

The present report describes the work carried out during the internship in the context of the Psychomotor Therapy's Master, Branch of Advancement of Professional Competencies, of the Human Kinetics Faculty, developed in Clínica da Encarnação, Hospital Dona Estefânia. The work experience included active observation and psychomotor intervention with 39 children in the field of mental health. The report presents two case-studies, as examples of the work done, adding an actual theoretical, legal and institutional framework, as well as a reflection about the internship experience.

The first case-study refers to a child with global developmental disorder not otherwise specified, mental disabilities and learning difficulties, whose intervention integrated individual and group sessions. The second case-study relates to a child diagnosed with generalized anxiety disorder and separation anxiety disorder, and was accompanied on a pair dynamic. For each case-study is described the whole process of assessment, goal setting, pedagogical-therapeutic program, results and respective analysis. From such assistance was possible to see improvements in both developmental and behavioral and emotional levels, validating the contribution of psychomotor therapy in child and youth mental health.

Key-words: Anxiety Disorders, Case-study, Child and Adolescent Psychiatry, Clínica da Encarnação, Developmental Disorders, Hospital Dona Estefânia, Learning Disorders, Psychomotor Intervention, Psychomotricity.

LISTA DE ABREVIATURAS

BPM – Bateria Psicomotora

CE – Clínica da Encarnação

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DAP – Draw-a-person

DID – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

DM – Deficiência Mental

DGS – Direção Geral de Saúde

DPIA – Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

GOC – Grelha de Observação Psicomotora

HDE – Hospital Dona Estefânia

PA - Perturbações de Ansiedade

PALE - Perturbação da Aprendizagem da Leitura e da Escrita

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PAS – Perturbação de Ansiedade de Separação

PD – Perturbação Depressiva

PDC – Perturbações Disruptivas do Comportamento

PC – Perturbação do Comportamento

PGD - Perturbação Global do Desenvolvimento

PGD SOE – Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação

PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

PM - Psicomotricidade

QI – Quociente de Inteligência

SOE – Sem Outra Especificação

TPM - Terapia Psicomotora

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Saúde Mental	2
1.1. Saúde Mental: definições e estatísticas.....	2
1.2. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal.....	3
1.3. Princípios Orientadores da Saúde Mental Infantil e Juvenil	3
2. Psicomotricidade	5
2.1. A Psicomotricidade	5
2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil.....	6
2.3. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantil	7
2.3.1. O jogo.....	7
2.3.2 A Relaxação Psicossomática	8
a) O método de relaxação para crianças de Jean Bèrges.....	8
3. Enquadramento institucional formal.....	10
3.1. Caracterização do Serviço da Clínica da Encarnação.....	10
3.2. O Serviço de Psicomotricidade na Clínica da Encarnação - HDE	11
3.2.1. Valências e Modelo de Funcionamento	11
3.2.2. Sessões em grupo ou sessões individuais	13
3.2.3. A Sessão Tipo	14
3.2.4. Caracterização dos espaços e materiais de intervenção	15
3.3. Relação entre profissionais.....	16
3.4. Relação com a comunidade.....	17
III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	18
1. Objetivos e atividades realizadas	18
1.1. Atividades de estágio.....	18
1.2. Relação com outros profissionais e com a comunidade.....	18
2. Calendarização das atividades.....	19
2.1. Calendarização	19
2.2. Horário.....	20
2.3. Planeamento das sessões	21
3. Caracterização geral da população atendida.....	21
3.1. Evolução da população atendida	22

4. Psicopatologias	24
4.1. Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação	24
4.1.1. Prevalência e Etiologia.....	24
4.1.2. Caracterização do diagnóstico.....	24
4.1.3. Alterações no DSM-5	25
4.1.4. Intervenção terapêutica e Prognóstico	26
4.2. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento	26
4.2.1. Prevalência e Etiologia.....	26
4.2.2. Caracterização do diagnóstico.....	27
4.2.3. Alterações no DSM-5	27
4.2.4. Intervenção Terapêutica e Prognóstico.....	28
4.3. Perturbação da aprendizagem da leitura e escrita	28
4.3.1. Prevalência e Etiologia.....	28
4.3.2. Caracterização do Diagnóstico	28
4.3.4. Alterações nos critérios de diagnóstico segundo o DSM-5.....	29
4.3.5. Intervenção Terapêutica e Prognóstico	29
4.3. Perturbações da Ansiedade.....	29
4.3.1. Prevalência e Etiologia.....	29
4.3.2. Caracterização do Diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada .	30
4.3.3. Caracterização do Diagnóstico de Perturbação de Ansiedade de Separação	31
4.3.4. Alterações no DSM-5	31
4.3.5. Intervenção Terapêutica e Prognóstico.....	31
4.4. Perturbação Reativa da vinculação.....	32
4.4.1. Prevalência e Etiologia.....	32
4.4.2. Caracterização do Diagnóstico	32
4.4.3. Alterações no DSM-5	33
4.4.5. Intervenção terapêutica e Prognóstico	33
4.5. Perturbação do Comportamento.....	34
4.5.1 Prevalência e Etiologia.....	34
4.5.2. Caracterização do Diagnóstico	34
4.5.3. Alterações nos critérios de diagnóstico segundo o DSM-5.....	35
4.5.4. Intervenção Terapêutica e Prognóstico.....	35
5. Instrumentos utilizados na avaliação psicomotora.....	36

5.1. Entrevista.....	36
5.2. Observação Psicomotora Informal	37
5.2.1. Grelha de Observação do Comportamento	37
5.3. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, 1975	37
5.4. Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds e Kamphaus, 1992	38
5.5. Draw-a-Person de Naglieri, 1988	39
6. Estudos de caso	40
6.1. Estudo de Caso I	41
6.1.1. Caracterização anamnésica	41
6.1.2. Projeto pedagógico terapêutico	43
a) Caracterização Multidisciplinar: Equipa de Psicologia e Escola	43
b) Instrumentos e condições de avaliação	43
c) Avaliação inicial	43
d) Perfil Intra-individual	45
e) Objetivos gerais e específicos	46
f) Programa pedagógico-terapêutico.....	47
g) Método Afetivo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita, João Costa	49
h) Resultados	50
i) Discussão dos resultados e Conclusões.....	56
6.2. Estudo de Caso II	57
6.2.1. Caracterização anamnésica	57
6.2.2. Projeto pedagógico terapêutico	58
a) Instrumentos e condições de avaliação	58
b) Avaliação inicial	59
d) Objetivos gerais e específicos	60
e) Programa pedagógico-terapêutico.....	60
f) Resultados	61
g) Discussão dos resultados e conclusões	66
7. Dificuldades e Limitações	67
8. Atividades Complementares de Formação	69
8.1. Reuniões Semanais do Núcleo de Estágio	69
8.2. Reuniões de equipa da Clínica da Encarnação, HDE	69
8.3. Iniciativas de Formação Adicional	69
8.4. Apresentações Públicas.....	70

8.5. Artigos	70
IV. ANÁLISE, REFLEXÃO E CONCLUSÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS.....	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Calendarização das atividades realizadas	19
Tabela 2: Horário semanal de outubro a janeiro.....	20
Tabela 3: Horário semanal de fevereiro a julho	20
Tabela 4: Calendarização das sessões.....	21
Tabela 5: Caracterização geral da população atendida.....	22
Tabela 6: Evolução da população atendida, média calculada	23
Tabela 7: Perfil intra-individual, estudo de caso I	45
Tabela 8: Objetivos gerais e específicos, estudo de caso I	47
Tabela 9: Perfil intra-individual, estudo de caso II	59
Tabela 10: Objetivos gerais e específicos, estudo de caso II	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Objetivos específicos alcançados, estudo de caso I.....	51
Gráfico 2: Perfil psicomotor, estudo de caso I.....	51
Gráfico 3: Análise comparativa, BASC, versão professores, estudo de caso I.....	52
Gráfico 4: Análise comparativa, BASC, versão pais, estudo de caso I.....	53
Gráfico 5: Objetivos específicos alcançados, estudo de caso II.....	61
Gráfico 6: Análise comparativa, BPM, fator tonicidade, estudo de caso II.....	62
Gráfico 7: Análise comparativa, BASC, versão professores, estudo de caso II.....	63
Gráfico 8: Análise comparativa, BASC, versão pais, estudo de caso II.....	64
Gráfico 9: Análise comparativa, BASC, versão autoavaliação, estudo de caso II	65

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1: Análise comparativa, DAP, desenho do homem, da mulher e do próprio, respectivamente, estudo de caso I	54
Imagem 2: Análise comparativa, DAP, desenho do homem, da mulher e do próprio, respectivamente, estudo de caso II	66

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Pedido de Autorização para Fotografar e Filmar as sessões	87
ANEXO II: Carta aos professores, solicitação do preenchimento da BASC.....	89
ANEXO III: Caracterização Individual da População Atendida.....	91
ANEXO IV: Evolução da População Atendida	95
ANEXO V: BPM, folha de registo.....	101
ANEXO VI: BASC, versão Professores, 6-11 anos, folha de registo.....	106
ANEXO VII: BASC, versão Pais, 6-11 anos, folha de registo.....	109
ANEXO VIII: BASC, versão Autoavaliação, 8-11 anos, folha de registo	112
ANEXO IX: Grelha de Observação do Comportamento, folha de registo.....	115
ANEXO X: Método Afetivo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita.....	131
ANEXO XI: Relatórios de Sessão - Exemplos, estudo de caso I	135
ANEXO XII: Relatórios de Sessão - Exemplos, estudo de caso II.....	143
ANEXO XIII: BASC, versão Professores, avaliação inicial, estudo de caso I.....	146
ANEXO XIV: BASC, versão Professores, avaliação final, estudo de caso I.....	153
ANEXO XV: BASC, versão Pais, avaliação inicial, estudo de caso I	160
ANEXO XVI: BASC, versão Pais, avaliação final, estudo de caso I.....	166
ANEXO XVII: BPM, avaliação final, estudo de caso I	173
ANEXO XVIII: BASC, versão Professores, avaliação inicial, estudo de caso II.....	180
ANEXO XIX: BASC, versão Professores, avaliação final, estudo de caso II	196
ANEXO XX: BASC, versão Pais, avaliação inicial, estudo de caso II	193
ANEXO XXI: BASC, versão Pais, avaliação final, estudo de caso II.....	200
ANEXO XXII: BASC, versão Autoavaliação, avaliação inicial, estudo de caso II	206
ANEXO XXIII: BASC, versão Autoavaliação, avaliação final, estudo de caso II.....	213
ANEXO XXIV: Três estudos de caso - Núcleo de Estágio	220
ANEXO XXV: Apresentação “Estádios de Desenvolvimento e Patologias Associadas: Abordagem Psicodinâmica”	323
ANEXO XXVI: Apresentação “Contributo da Psicomotricidade em Saúde Mental Infanto- Juvenil”	383
ANEXO XXVII: Comunicação livre “”Psicomotricidade e Violência: Fundamentos e Terapia Psicomotora”.....	433
ANEXO XXVIII: Estudo de Caso - Reunião de Equipa da Clínica da Encarnação.....	464

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante decorrido no ano letivo 2012/2013, realizado no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais do estágio, que pretende ser a fase final de formação do mestrando, consistiram em (Martins, Simões, & Brandão, 2012): estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando a promoção do enquadramento profissional e científico da área. Salienta-se ainda um objetivo específico que consiste em proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões, & Brandão, 2012).

O estágio teve lugar na Clínica da Encarnação (CE), um centro de saúde mental infantil e juvenil que integra o Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, do Hospital Dona Estefânia. A CE tem por missão a prestação de cuidados continuados e multidisciplinares de saúde mental em regime de ambulatório à população infantil e juvenil, até aos 18 anos de idade. Neste estágio foram acompanhadas 39 crianças e jovens com idades compreendidas entre os dois e os 15 anos. Quanto a outras atividades desenvolvidas, destaca-se a elaboração de projetos pedagógico-terapêuticos com todas as tarefas que lhes são subjacentes, a observação de atendimentos de outras especialidades, a divulgação do trabalho desenvolvido através da exposição de trabalhos públicos e a participação em reuniões de equipa e em reuniões de formação conjunta.

No que concerne ao presente relatório de estágio, os seus principais objetivos são: aprofundar conhecimentos sobre diferentes patologias pedopsiquiátricas; clarificar as principais estratégias e benefícios da intervenção psicomotora em crianças e jovens acompanhados em regime de ambulatório num serviço de saúde mental infantil e juvenil; descrever as atividades desenvolvidas durante o período de estágio, bem como enunciar as ações de formação complementares; fundamentar teoricamente as decisões tomadas nos projetos terapêuticos desenvolvidos; apresentar uma análise crítica e reflexiva quer dos resultados obtidos com a intervenção psicomotora quer de todo o processo de aprendizagem e formação enquanto estagiária.

O relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro esta Introdução. O capítulo II refere-se ao enquadramento teórico da prática profissional, no qual se pretende caracterizar os conceitos de saúde mental e psicomotricidade, estabelecendo a relação entre eles e apresentar o modelo de funcionamento da CE, bem como do serviço de psicomotricidade. O segundo capítulo refere-se ao enquadramento da prática profissional e pretende uma descrição detalhada das atividades de estágio propriamente ditas. Nele encontram-se as calendarizações do trabalho desenvolvido, a caracterização geral da população atendida, a caracterização de psicopatologias referentes ao estudos-caso, os instrumentos utilizados, os projetos pedagógico-terapêuticos desenvolvidos, as dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio e a enumeração das atividades complementares de formação. No quarto, e último capítulo, pretende-se uma apreciação crítica e reflexiva acerca do processo de estágio e dos seus resultados em termos de crescimento pessoal e profissional.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo serão abordados os conceitos de saúde mental e psicomotricidade de acordo com as suas definições base e características, atendendo-se também à relação entre eles. Por fim, apresenta-se e caracteriza-se a instituição onde decorreu o estágio e explica-se o modelo de funcionamento do serviço de psicomotricidade, segundo o qual decorreram as atividades de estágio.

1. Saúde Mental

O presente subcapítulo pretende a exposição dos códigos legais que se remetem para o campo da saúde mental infantil e juvenil. Nesta contingência parece crucial a apresentação da definição e das estatísticas que permitem inferir qualitativamente a necessidade de intervenção adequada neste âmbito da pedopsiquiatria. Por fim, referem-se os princípios orientadores da avaliação e intervenção em saúde mental da infância e da adolescência.

1.1. Saúde Mental: definições e estatísticas

O termo saúde mental é definido pela OMS como "um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, consegue enfrentar o stress normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade" (WHO, 2013). A dimensão positiva do conceito encontra-se patente na definição de saúde na Constituição da WHO como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade", constatando-se que a "aquisição do melhor estado de saúde que é possível de alcançar constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, independentemente da sua raça, religião, crença política e condição económica e social" (WHO, 1948). No que concerne às crianças e adolescentes o enfoque reflete-se nos aspetos do desenvolvimento, como "ter um sentimento positivo em relação à sua identidade, ter a capacidade para gerir emoções e pensamentos, bem como de construir relações sociais positivas, ter aptidão para aprender e, por fim, que participe ativa e plenamente na sociedade" (WHO, 2013).

Na tentativa de uma melhor clarificação do conceito, Satkes (2008) refere-se à saúde mental como um recurso individual que contribui para diferentes capacidades e competências, comparando-a a um componente indissociável da saúde geral, e que por isso reflete o equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. Segundo o mesmo autor, a saúde mental pode ser considerada como um processo do qual fazem parte determinados fatores predisponentes (e.g. experiências decorridas na infância), fatores precipitantes atuais (e.g. situação socioeconómica atual), fatores protetores (e.g. suporte da rede social), bem como consequências desencadeadas por certos comportamentos (e.g. comportamentos de risco versus comportamentos saudáveis) (Stakes, 2008).

Neste sentido, os fatores para o aparecimento de sintomas psiquiátricos incluem não só a habilidade para gerir emoções, pensamentos, comportamentos e as interações com os outros, mas também fatores sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, tais como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições laborais e suporte social comunitário (WHO, 2013). Na presença de perturbação psiquiátrica, a Organização Mundial de Saúde determina que todas as pessoas com perturbações mentais devem ter acesso, sem o risco de empobrecimento, a serviços sociais e de saúde que lhes permitam recuperar o mais possível e assim atingir o melhor nível de saúde possível (WHO, 2013).

Considerando os estudos epidemiológicos mais recentes que demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, para todos os grupos

etários, aponta-se para que pelo menos 5 a 8% da população sofra de uma perturbação psiquiátrica de certa gravidade em cada ano (CNSM, 2008). Mais se acrescenta que a nível mundial, cerca de 12% da carga resultante de doenças em geral deve-se às perturbações psiquiátricas, crescendo este número para 24% na Europa (WHO, 2001).

No que concerne especificamente aos resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa, estes sugerem que Portugal é o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população adulta, segundo dados presentes no Plano Nacional de Saúde Mental (2008). Considerando o exposto, a par da importância preventiva dos programas de saúde mental infantil e juvenil, estes dados podem servir como indicadores de um grave défice ao nível da prevenção e intervenção precoce nos problemas de saúde mental em Portugal (CNSM, 2008).

1.2. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

Em Portugal, a Lei de Saúde Mental, Lei nº 36/98, em conjunto com o Decreto-Lei nº35/99 estabeleceram um novo regime de organização da Saúde Mental, através da efetiva articulação funcional com as áreas da educação, emprego e ação social, seguindo os princípios recomendados pelos organismos internacionais na área da Saúde Mental.

Segundo a Lei de Saúde Mental, os cuidados de psiquiatria e saúde mental são prestados pelo Serviço Nacional de Saúde ou, sob fiscalização do Estado, por entidades privadas, com ou sem fins lucrativos e de acordo com os princípios gerais legalmente estabelecidos. No que concerne ao local de estágio, a sua forma de prestação de cuidados vai de encontro aos princípios orientadores de saúde mental, os quais visam a integração dos cuidados na comunidade, ou seja, no meio o menos restritivo possível (Lei nº 36/98). Desta forma, pretende-se evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e facilitar a sua reabilitação e inserção social (Lei nº 36/98).

Em 2006, o reconhecimento de estatísticas elevadas em relação à prevalência de perturbações mentais levou à criação da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, responsável pela elaboração de um novo plano nacional de saúde mental, publicado através do Despacho n.º 10464/2008. Dois anos mais tarde, após discussão pública, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (PNSM, 2008) pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008, tendo sido criada uma Coordenação Nacional para a Saúde Mental, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação. Em 2010 foi aprovado o Decreto-lei n.º 8/2010 que diz respeito aos Cuidados Integrados de Saúde Mental, e que define os princípios orientadores dos diferentes dispositivos, nomeadamente das equipas de intervenção domiciliária e das estruturas residenciais, diferenciadas para adultos e crianças e adolescentes.

Atualmente, a lei de saúde mental vigente diz respeito ao Decreto-Lei nº304/2009, o qual incorpora o Decreto-Lei nº35/99, as alterações decorrentes da aprovação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, e as alterações relacionadas com a organização do Ministério da Saúde.

O mesmo decreto salienta que a prestação de cuidados de saúde mental deve ser assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais e de reabilitação (Decreto-Lei nº304/2009). Desta forma se pretende, legalmente, a integração de psicomotricistas nas equipas de saúde mental, tal como descrito no Plano Nacional de Saúde Mental (CNSM, 2008).

1.3. Princípios Orientadores da Saúde Mental Infantil e Juvenil

As crianças e jovens constituem o grupo prioritário e justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais, bem como de especial atenção por parte dos gestores dos serviços de saúde (DGS, 2013). Paralelamente, as crianças e os adolescentes devem ser reconhecidos como cidadãos com os seus próprios interesses e

direitos e ser tratados como agentes ativos da sociedade e não recetores passivos de cuidados (CNSM & ACSS, 2012).

No que concerne à prevalência de perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência estima-se que 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (DGS, 2013). Com efeito, inúmeros estudos epidemiológicos, tanto prospetivos como retrospectivos, têm vindo a confirmar a noção empírica de que muitas das patologias psiquiátricas dos adultos têm início, de facto, antes dos 18 anos de idade (DGS, 2013). Para além do exposto, a Organização Mundial de Saúde salienta também aqueles que, não preenchendo os critérios de diagnóstico para uma perturbação psiquiátrica, se encontram em sofrimento e beneficiariam de intervenções adequadas (WHO, 2005).

Em resultado do já exposto, existem três razões para o desenvolvimento de intervenções eficazes para crianças e adolescentes (WHO, 2005): (1) as perturbações psiquiátricas desta faixa etária trazem grandes encargos à sociedade. Algumas delas são específicas de determinadas fases do desenvolvimento infantil e da adolescência. Assim, programas e intervenções para tais perturbações podem ser direcionados para a fase na qual existe a maior probabilidade da sua ocorrência, diminuindo o seu impacto negativo; (2) considerando que há um grau elevado de continuidade entre as perturbações da infância e da adolescência e as da idade adulta, a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo; (3) intervenções eficazes irão reduzir o custo das perturbações de saúde mental para o indivíduo e para a sua família, diminuindo também os custos para os sistemas de saúde e para as comunidades.

Assim, e considerando o exposto, o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, bem como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem transformar-se numa prioridade (DGS, 2013).

Deste modo, a saúde mental da infância e da adolescência integra-se no contexto mais alargado da saúde e bem-estar, em que a saúde mental e física são interdependentes (DGS, 2004). Neste sentido a psiquiatria da infância e da adolescência é uma especialidade médica que assegura a prestação de cuidados e intervenções diferenciadas na área da saúde mental à população de idade pediátrica (CNSM & ACSS, 2012). O seu campo de intervenção abrange um espectro alargado de atividades que englobam (WHO, 2005): ações de promoção e prevenção universal e seletiva, com o objetivo de reduzir fatores de risco ou vulnerabilidade e aumentar os fatores de proteção; estratégias de prevenção e intervenção precoces; avaliação diagnóstica e tratamento; e programas de cuidados continuados e reabilitação psicossocial. Os princípios orientadores da saúde mental da infância e adolescência são administrados pela Circular Normativa nº6/DSPSM da Direção Geral de Saúde (DGS, 2005).

Por conseguinte, as estruturas de psiquiatria da infância e da adolescência, como é o caso do departamento de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia, sustentam-se nos seguintes princípios: (1) atendem a população dos zero aos 17 anos e 364 dias da área de atração do respetivo hospital, em consonância com as demais redes hospitalares; (2) devem garantir a acessibilidade e equidade de acesso a todas as crianças e adolescentes menores de 18 anos com problemas de saúde mental; (3) os cuidados são prestados por departamentos, serviços ou unidades especializadas, através de equipas multidisciplinares, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, terapeutas da fala e terapeutas para valências específicas (CNSM & ACSS, 2012).

Especificamente, no que respeita à multidisciplinariedade, encontram-se mencionados os técnicos superiores de reabilitação psicomotora na matriz específica para avaliação da idoneidade de serviços hospitalares de psiquiatria da infância e da adolescência redigida pela direção do Colégio de Psiquiatria da infância e da adolescência em 2006 (CNSM & ACSS, 2012). O rácio de psicomotricistas, na região de

Lisboa, é de um técnico para 200 000 doentes, um número largamente inferior ao desejável (CNSM & ACSS, 2012).

2. Psicomotricidade

A introdução das leis e princípios orientadores que veiculam a pedopsiquiatria e a integração da psicomotricidade enquanto terapia em contexto de saúde mental infantil e juvenil dá origem à necessidade de um esclarecimento acerca da terapia psicomotora.

Neste subcapítulo pretende-se uma exposição teórica acerca do que é a psicomotricidade, o que a fundamenta e caracteriza, além de uma breve exposição histórica. Acrescenta-se ainda a relaxação, enquanto metodologia de intervenção nas sessões de psicomotricidade.

2.1. A Psicomotricidade

De acordo com o Fórum Europeu de Psicomotricidade (no original EFP, 2013) a psicomotricidade pode ser explicada a partir da interação entre movimento, emoção e cognição, bem como pela sua influência no desenvolvimento das competências individuais.

João dos Santos sublinha que a psicomotricidade é, em verdade, a “vida psíquica expressa em comportamento” (Branco, 2010). E o comportamento, por sua vez, é “o espelho motor de tudo o que se passa na vida interior” (Strech, 2012b). Por isso, a terapia psicomotora possibilita experiências que favorecem a expressão e a resolução de conflitos internos, procura novas soluções perante as dificuldades relacionais e/ou funcionais dos pacientes e, ainda, a resolução da dimensão afetiva no sentido de proporcionar a maior autonomia e independência do indivíduo (Boscaini, 2012).

De acordo com Fonseca (2001), englobando a psicomotricidade uma dimensão teórica e prática sobre o desenvolvimento humano, a sua intervenção pode desenvolver-se a nível preventivo, educativo, reeducativo e terapêutico. Neste sentido, a terapia psicomotora pode, então, ser entendida como uma abordagem terapêutica que por meio de mediação corporal, de um corpo que se move num tempo e num espaço próprios (Balouard, 2008; Sassano, 2008) permite ao indivíduo reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica (Aucouturier, 2011). Consequentemente, e por existir num ambiente lúdico e por isso motivador, possibilita o desenvolvimento dos processos simbólicos, através da consciencialização da ação e da posterior mentalização (Martins, 2001a). Sendo o seu fundamento científico, clínico e ético, o “acreditar na modificabilidade e perfectibilidade psicomotora” (Fonseca, 2009). Destacando-se, na intervenção, a estimulação dos sete fatores psicomotores, nomeadamente, a tonicidade, a equilíbrio, a lateralização, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e a praxia fina (Fonseca, 2007).

Assim, a especificidade da terapia psicomotora encontra-se na atenção dirigida à relação entre as manifestações corporais e os seus significados (Maximiano, 2004). A intervenção é flexível e adaptável às características de cada sujeito, mantendo contudo o objetivo base de mediar a procura da mudança de atitude consigo próprio e, em consequência, com os vários contextos em que a pessoa intervém (Balouard, 2008).

Na conceptualização da psicomotricidade, a contribuição de vários psicanalistas permitiu começar a delimitar uma diferença entre uma vertente reeducativa e outra terapêutica, esta que se distancia da postura instrumentalista pela preocupação com a afetividade e emoção (Levin, 2009).

De notar que, como explica Fonseca (2009), a psicomotricidade assenta também noutras disciplinas como a fenomenologia, a psicossomática, a psicofisiologia, as neurociências e a psicopedagogia. Em suma, e com esta base epistemológica, a intervenção psicomotora pode agir sobre a diversidade biopsicossocial dos sujeitos,

oferecendo uma panóplia de atividades educativas e terapêuticas de grande relevância para a saúde mental das crianças (Fonseca, 2009).

2.2. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil

A terapia psicomotora em saúde mental infantil e juvenil tem como objetivo a compreensão e a resolução do conflito em que a criança se encontra, através da harmonização entre o corpo e o psiquismo (Almeida, 2005; Selmi, 2011). De acordo com esta premissa, Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001) referem que a utilização da prática psicomotora em saúde mental infantil aborda 3 questões fundamentais: (1) a psicomotricidade enquanto área de observação e compreensão das dificuldades de cada criança; (2) como forma de expressão dos conflitos internos de cada um; e (3) como espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação para um desenvolvimento harmonioso.

Neste contexto, alguns autores enfatizam a componente relacional da psicomotricidade (Almeida, 2005; Costa, 2008), embora o enfoque instrumental integre, obrigatoriamente, o espaço da terapia psicomotora. Segundo Joly (2007) a diferença fundamental entre o relacional e o instrumental reside na forma como cada profissional acentua a sua técnica. Isto é, centrando-se no sintoma e conduzindo as sessões de forma mais diretiva, segundo a perspectiva instrumental ou, por outro lado, analisando as dificuldades da criança segundo a *globalidade do ser psicomotor*, enfatizando a relação entre criança-terapeuta e o jogo espontâneo, segundo uma perspectiva relacional (Joly, 2007). Ainda assim, na prática clínica a divisão entre as duas visões suaviza-se, pois tal como refere Almeida, a componente relacional propõe instrumentos operacionais que se aproximam da realidade evolutiva, como por exemplo o jogo psicomotor ou os percursos com diferente níveis e materiais (Almeida, 2005).

A especificidade da psicomotricidade relacional é, portanto, o fazer incidir a atividade motora na valorização psicoafectiva e na relação com o outro, o que permite a expressividade dos conflitos e desejos internos do próprio, em simultâneo com o reinvestimento no terapeuta enquanto agente securizador e mediador entre a criança e envolvimento, os objetos, as emoções e os outros (Martins, 2001a). O “corpo-em-relação” permitido e encorajado em psicomotricidade, confere-lhe autenticidade e origina-se por meio da mediação corporal, estabelecendo-se a organização relacional através da conexão entre a tonicidade e a motricidade (Joly, 2007).

O significado de mediação tónico-emocional está relacionado com a conceção do corpo enquanto veículo de expressão e comunicação com o outro (Rodriguez & Llinares, 2008). E por isso, autores salientam a necessidade do psicomotricista desenvolver a sua capacidade de escuta empática, a sua disponibilidade corporal para entrar em relação com os outros e a sua figura contentora, acolhendo e securizando o outro, mas também sendo capaz de atuar com firmeza e colocar limites (Llauradó, 2008). O terapeuta enquanto agente mediador utiliza o seu corpo e as diferentes posições em que pode colocar-se para convidar ou provocar o outro para a relação (Llinares & Rodriguez, 2005). Trata-se, portanto, de um facilitador (Rivière, 2010) que se sustenta de várias estratégias como o gesto, a mímica, a voz e o olhar para comunicar com a criança (Llinares & Rodriguez, 2005).

No que concerne às indicações terapêuticas mais frequentes em saúde mental infantil e juvenil, Joly (2007) refere, de acordo com uma perspectiva global, as dificuldades instrumentais relacionadas com os fatores psicomotores, as desarmonias evolutivas e vários tipos de deficiências, as perturbações do desenvolvimento, as perturbações do espectro do autismo, a instabilidade ou a inibição psicomotora, e os problemas de imagem e de limite corporal.

Selmi (2011) corrobora com o exposto e salienta, mais especificamente, os problemas de representação simbólica e de comunicação não-verbal e os problemas de

comportamento. Por seu lado, no mesmo contexto hospitalar e de acordo com um acompanhamento em psicomotricidade relacional, Almeida (2005; 2008) destaca como população alvo as perturbações da vinculação, as dificuldades de aprendizagem, as perturbações da linguagem e as perturbações de expressão psicomotora, seja de comprometimento psicomotor, seja cognitivo. A esta enumeração, Balouard (2008) e Costa (2008) corroboram com o referido e acrescentam ainda as dificuldades no planeamento motor, as perturbações do humor, nomeadamente, ansiedade e/ou depressão ou impulsividade e/ou oposição, os tiques, as perturbações regulatórias e perturbações da relação e da comunicação. Neste sentido, e como referem Fonseca e Martins (2001) a terapia psicomotora revela-se apropriada para todas as pessoas que poderiam evoluir através do agir, do investimento corporal e da experimentação, ou em casos onde é essencial o reencontro da comunicação e da organização do pensamento.

De notar que no seu trabalho terapêutico, o psicomotricista deve considerar uma abordagem integradora que englobe não só a criança, mas também a sua família e comunidade (Costa, 2008; Selmi, 2011).

Por fim, a intervenção psicomotora para que seja “cientificamente rigorosa e terapeuticamente eficaz” segundo João dos Santos (s.d. in Branco, 2010) requer a sua abordagem em equipas multidisciplinares. Assim, numa equipa de saúde mental infantil, o psicomotricista deverá integrar-se plenamente, partilhando informação e participando na discussão de casos com toda a equipa, devendo ajustar-se aos diferentes estilos de funcionamento e/ou pontos de vista dos outros (Selmi, 2011).

2.3. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantil

De entre as várias metodologias interventivas utilizadas ao longo do estágio, nomeadamente, o jogo, a relaxação psicossomática, a expressão plástica, a dramatização, os percursos e a música, destacam-se as duas primeiras, pela sua recorrência prática e porque permitem englobar todas as outras. O que significa que através do jogo ou da uma atividade de relaxação é possível incluir outras metodologias ou aspetos a trabalhar. Rivièr (2010) salienta ainda que a expressão corporal, através do jogo livre ou da relaxação partilham um mesmo objetivo, que o de favorecer a expressão de vivências arcaicas e angústias primitivas, sendo por isso, estratégias utilizadas recorrentemente em psicomotricidade relacional. Da mesma forma, o princípio gnóso-prático, está obrigatoriamente presente nas atividades psicomotoras, uma vez que um dos objetivos máximos da TPM será a representação mental do vivido corporalmente.

Neste sentido, parece importante explorar melhor o jogo, espontâneo ou de regras, fulcral na intervenção porque, não só é motivador por natureza como se apresenta como uma forma de comunicação adequada ao nível de relação em que as crianças se encontram (Carvalho, 2005). Da mesma forma, a relaxação psicossomática merece especial enfoque, pois esta não só fazia parte da sessão tipo, através do retorno à calma, mas, e principalmente, foi a base de trabalho com o estudo de caso II (ver página 57). E por isso, pensa-se necessário explicar melhor os fundamentos que fazem dela uma técnica primordial em saúde mental infantil e juvenil.

2.3.1. O jogo

A originalidade da terapia psicomotora está em utilizar o jogo livre a fim de favorecer uma aproximação total à personalidade da criança (Vecchiato, 2003). O jogo permite evoluir através do desenvolvimento de competências decorrentes da resolução de problemas que o terapeuta progressivamente vai criando (Carvalho, 2005). No jogo a criança escolhe, altera e explora de acordo com os seus ritmos e centros de interesse

(Costa, 2005). Em consequência, a motivação fica implícita, tal como a corresponsabilização, que é fundamental para a consciencialização (Costa, 2005).

Tal como Joly (2007) explica, o próprio substantivo de “jogar” contém em si o trabalho psicomotor, psíquico, cognitivo, social e interativo complexo e multidimensional que acontece em psicomotricidade relacional. Neste sentido, o jogo ou atividade lúdica pode compreender as etapas de desenvolvimento piagetiano, especificamente, o jogo sensório-motor, o jogo espontâneo, jogo simbólico e o jogo de regras, compreendendo ainda, este conceito, o processo de criação e de transformação lúdica (Joly, 2007).

Assim, a missão da psicomotricidade relacional é a modificação da organização psíquica patológica da criança (Almeida, 2005) através de atividades lúdicas que desencadeiam prazer sensório-motor, que possibilitam o acesso ao jogo simbólico e às consequentes representações, primando-se por um diálogo tónico-emocional (Minguillón, 2005; Selmi, 2011), num registo dinâmico, tolerante, flexível e disponível para com os interesses da criança (Costa, 2005). Desta forma, é a partir do referido diálogo tónico-emocional que se estabelece, entre o psicomotricista e a criança, a criação de um espaço seguro e de contenção, no qual os conflitos ganham corpo e podem ser resolvidos (Moutinho, 2012), sendo o jogo, caracteristicamente, um promotor de interações positivas essenciais no estabelecimento de uma relação (Carvalho, 2005). Então, também por isso, Selmi (2011) acrescenta que o psicomotricista deve implicar-se a nível pessoal, corporal e psíquico para criar uma relação empática com a criança, entendendo-se essa ligação como pré-requisito para um trabalho produtivo.

2.3.2 A Relaxação Psicossomática

Segundo Martins, (2001b) a inadequação dos sistemas de comunicação entre a emoção e a cognição tem grande responsabilidade no aparecimento da psicopatologia. A regulação das emoções é fundamental para motivar e organizar o comportamento adaptativo, prevenindo assim altos níveis de emoções negativas e, consequentemente de comportamentos desajustados (Martins, 2001b). Neste sentido, a relaxação psicoterapêutica atua como mecanismo regulador das emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva, conduzindo a uma reorganização emocional (Martins, 2001b).

Psicomotricidade e relaxação, especialmente o método escolhido, encontram-se na preocupação dirigida à tonicidade, à estruturação temporal e ao diálogo tónico-emocional.

Genericamente, o método mais utilizado foi o de relaxação para crianças de Jean Bergès, no entanto serviram também de guias para as sessões, métodos mais dinâmicos como o de Jacques Choque¹ e de Sami Boski², cujos exercícios propostos serviam tanto para crianças com dificuldade em deitar, como de preparação para consequentes exercícios de relaxação passiva.

a) O método de relaxação para crianças de Jean Bèrges

O método de relaxação para crianças de Jean Bèrges teve origem em 1960, no hospital Sainte-Anne e tem por base o Treino Autógeno desenvolvido por Schultz, apresentando-se como uma adaptação deste para as crianças com idade compreendidas entre os 5 e os 13 anos de idade que apresentavam dificuldades corporais e de linguagem (Bergès-Bounes; Bonnet; Ginoux; Pecarelo & Sironneau-Bernardeau, 2008; Bergès-Bounes 2011).

A indicação terapêutica remete para perturbações psiquiátricas na infância e adolescência, problemas psicomotores (instabilidade ou inibição psicomotora e dispraxias); problemas de aprendizagem; perturbações com expressão psicossomática

¹ Choque, J. (1994). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Paris: Michel Albim

² Boski, S. (1994). *A Relaxação Activa na Escola e em Casa*. Lisboa: Instituto Piaget Editora

(enxaquecas, insônia, dores de barriga) (Bergès-Bounes et al., 2008); défices sensoriais; e ainda para intervenção sobre sequelas deficitárias pós-traumáticas (Bergès & Bounes, 1985).

A aplicação do método pressupõe uma progressão topográfica que se constrói da seguinte forma: membros superiores, membros inferiores, músculos nadegueiros, costas, nuca, generalização, respiração, plexus solar, face, olhos e, por fim, a testa. De referir que o tratamento deve começar pelo membro do lado dominante (Bergès-Bounes et al., 2008). A sessão de relaxamento que deve ter uma duração curta no início e ser aumentada progressivamente compreende três fases principais: (1) concentração mental e mobilização da atenção sobre uma representação mental; (2) descontração e repouso neuro-muscular, que inclui nomeação dos diferentes segmentos corporais, mobilização passiva e indução da ideia de peso; (3) retorno, constituída pelo abandono da imagem mental inicial, pela contração dos segmentos e respirações que permitem o acordar do estado de descontração e voltar ao estado de maior vigília (Bergès-Bounes et al., 2008).

Quanto à avaliação, Bergès-Bounes e colegas (2008) postulam que esta não requer instrumentos formais, fazendo-se valer pela evolução que o terapeuta constata através da mobilização, das verbalizações da criança após a sessão e das diferenças acerca da frequência e intensidade da expressão sintomática referidas pelos pais e professores.

O método alia concentração mental e descontração neuromuscular na presença de um terapeuta que nomeia e produz mobilizações passivas (Bergès-Bounes et al., 2008). Estes processos desencadeiam um abandono progressivo da tensão muscular, iniciando-se a resolução tónica (Bergès-Bounes et al., 2008). Por seu lado a nomeação auxilia a manutenção da concentração sobre cada segmento corporal e à consciencialização através da construção de imagens mentais (Bergès-Bounes, et al., 2008). De referir também que a palavra pode funcionar como presença securizante e ajudar a induzir diferentes estados tónicos (Bergès & Bounes, 1985).

A verbalização no final da sessão auxilia a criança a expressar as suas vivências, colocando por palavras o que sentiu fisicamente (Bergès-Bounes et al., 2008). A importância da palavra na intervenção psicomotora em saúde mental reside na atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal (Maximiano, 2004), mas também se constitui como uma autentificação pelo outro, permitindo um processo de identificação importante do ponto de vista psicoterapêutico (Martins, 2001b).

No que concerne à tonicidade, a relaxação permite perceber a diferença entre a função tónica e a motora pela emergência do movimento, mais concretamente, pela alternância entre passividade e atividade (Bergès & Bounes, 1985). Ora, com a localização da qualidade da função tónica nos vários segmentos, por comparação com o resto do corpo e, posteriormente, pela progressiva generalização da resolução tónica, obtém-se a descontração neuromuscular (Bergès & Bounes, 1985). Ao mesmo tempo que decorre a promoção do reconhecimento topográfico do corpo, consubstanciando-se o aspeto cognitivo (Bergès & Bounes, 1985). Paralelamente, estes processos melhoram o autoconhecimento e regulação emocional (Bergès & Bounes, 1985).

Por seu lado, a organização temporal estabelece-se através da acomodação das estruturas rítmicas entre o mundo exterior versus o corpo que se move e se imobiliza, este que apresenta uma íntima interdependência com a organização emocional do sujeito (Bergès & Bounes, 1985).

Por fim, na relaxação, o diálogo tónico-emocional estabelece-se pela dualidade proximidade-afastamento e pelo tipo de mobilização articular que o terapeuta induz no sujeito (Bergès & Bounes, 1985), mas também com a voz, com a respiração e com o ritmo da interação (Martins, 2002). Mais se acrescenta que representando o tónus um meio de comunicação privilegiado, será através da sincronia interativa entre o psicomotricista e a criança que se constitui o suporte para a diferenciação e expressão de

ritmos mais adequados, por meio de um tempo comum que assenta em atividades de contenção (Martins, 2002).

3. Enquadramento institucional formal

O estágio curricular referente ao aprofundamento de competências profissionais foi realizado na Clínica da Encarnação, do Hospital Dona Estefânia. No presente subcapítulo pretende-se a caracterização da referida instituição, no que concerne ao modo de funcionamento do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência, no geral, e do serviço de psicomotricidade integrado na equipa de pedopsiquiatria, em particular. Por fim, faz-se referência à relação entre os diferentes profissionais da equipa e a relação desta com o departamento em que se insere, bem como as relações com a família e a comunidade.

Os dados de seguida apresentados têm como fonte o Manual Local de Qualidade da Área de Pedopsiquiatria da Clínica da Encarnação, disponível para consulta local.

3.1. Caracterização do Serviço da Clínica da Encarnação

A CE integra o Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital Dona Estefânia. Este tem por missão a prestação de cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive) dentro da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde. A sua missão abrange, ainda, atividades de formação e ensino, pré e pós-graduado e de investigação.

O DPIA é constituído por uma só especialidade e está organizado nas seguintes unidades funcionais. Três equipas sectoriais, que se distribuem por área de atendimento: Clínica da Encarnação, Clínica do Parque e Clínica da Lapa; duas equipas especializadas em termos de idade: Unidade de Primeira Infância e a Clínica da Juventude; e, ainda, uma Unidade de Internamento/ligação.

Situada no Bairro da Encarnação, a CE atende residentes nas freguesias de Marvila e Olivais, dos concelhos de Loures Oriental, Benavente, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Mafra, Lourinhã, algumas freguesias de Vila Franca de Xira, como Alverca, Sobralinho, Calhandriz, S. João dos Montes e Alhandra e também do Distrito de Portalegre.

No que diz respeito à metodologia de trabalho adotada na CE, esta baseia-se na continuidade dos cuidados, desde a promoção da saúde mental à reabilitação, e no tratamento multidisciplinar integrado, considerando os aspetos biomédicos, relacionais e psicossociais de crianças entre os 3 e os 13 anos, cujos seguimentos se podem manter até aos 18 anos de idade.

O modo de funcionamento das consultas, nomeadamente o seu pedido, pode iniciar-se por requerimento dos pais ou tutores legais e/ou por encaminhamento do médico de família ou professores, podendo este ser elaborado presencialmente, por telefone ou correio eletrónico e recebido pela assistente administrativa do serviço. A primeira consulta ocorre após a distribuição do caso para um dos pedopsiquiatras. Definido o plano de cuidados pelo médico atribuído, a criança pode ser encaminhada para outro técnico da equipa. O projeto terapêutico pode ser discutido periodicamente entre os vários técnicos que acompanham o caso.

As atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação realizadas em ambulatório na CE compreendem: consultas médicas de diagnóstico e de orientação terapêutica, avaliações psicológicas, avaliações sociofamiliares, psicoterapias, apoio às famílias, terapias familiares e reeducativas, terapia psicomotora, psicopedagogia, avaliações e apoios psicopedagógicos, terapia ocupacional e da fala. Paralelamente são

desenvolvidas atividades que privilegiam a articulação com a família e com a comunidade (e.g. centros de saúde, escolas, jardins infantis, CPCJ), com vista à reintegração social do doente, à prevenção do abandono das consultas e à exclusão social.

As valências que apresenta à comunidade são asseguradas por uma equipa multidisciplinar composta por diferentes técnicos de saúde, consoante três pedopsiquiatras; uma enfermeira especialista; duas psicólogas clínicas; uma terapeuta da fala; uma professora de ensino especial; um psicomotricista; uma assistente social; uma assistente técnica; e uma assistente operacional. Aos recursos humanos tem sido possível acrescentar em cada ano letivo três médicos internos, cinco estagiários de psicologia clínica e dois estagiários de reabilitação psicomotora.

Quanto ao espaço físico, existe a partilha do edifício com a Unidade de Primeira Infância (UPI), encontrando-se as duas unidades separadas por alas. A ala da CE encontra-se na parte esquerda do edifício, onde se localiza o gabinete da equipa de psicomotricidade e, à direita, a UPI, onde se encontra o ginásio. A CE compreende ainda uma receção com a respetiva secretaria e sala de espera, vários gabinetes de consulta, uma divisão para arquivos, uma sala de reuniões, uma copa e casas de banho.

3.2. O Serviço de Psicomotricidade na Clínica da Encarnação - HDE

A Terapia Psicomotora faz parte do conjunto de terapias complementares em regime ambulatorio do serviço de psiquiatria da infância e da adolescência da CE.

As atividades de estágio foram desenvolvidas de acordo com o modelo de funcionamento que de seguida se apresenta e caracteriza teoricamente. Neste sentido, apresentam-se e as características do serviço no que concerne às diferentes dinâmicas prescritas, como sejam a terapia individual ou de grupo, a apresentação da sessão tipo e do contexto físico em que se inseriram.

3.2.1. Valências e Modelo de Funcionamento

Na Clínica da Encarnação o serviço de psicomotricidade realiza consultas de avaliação psicomotora, consultas de vigilância, sessões de psicomotricidade e reuniões com os pais e a escola. O encaminhamento de utentes para este serviço específico é conduzido pelo pedopsiquiatra responsável através de uma reunião informal e entrega do processo em questão, mas também é possível que outro técnico referencie algum utente para acompanhamento em psicomotricidade.

A primeira consulta é constituída por três momentos: entrevista de acolhimento com a criança e/ou pais, entrevista semiestruturada com os pais ou tutores legais, observação em gabinete da criança na presença ou ausência parental, não necessariamente por esta ordem. O preenchimento da anamnese é um protocolo hospitalar com o qual o psicomotricista também colabora, sempre que este não esteja preenchido, esteja incompleto ou surjam dados relevantes. O seu preenchimento é feito, principalmente, durante os dois primeiros momentos mencionados.

Na entrevista de acolhimento, e feitas as apresentações, a família é questionada acerca da sua vinda ali, das principais preocupações atuais e acerca da permanência temporal das mesmas, das suas dúvidas e expectativas em relação ao serviço a ser prestado e de eventuais exames médicos feitos recentemente ou de relatórios de outros técnicos de saúde ou do professor responsável. Se a criança quiser participar na conversa, importa inquirir acerca da sua opinião, i.e. o que sente ela em relação ao que está a ser dito. Em prol da proteção da criança, sempre que o técnico compreenda que as informações são pejorativas ou comparativas e que a criança poderá ou está a sofrer, a entrevista deve ser cessada e decorrer na ausência desta.

Na entrevista semiestruturada os pais ou tutores legais são questionados acerca dos sintomas, do comportamento em casa e na escola, das repercussões emocionais em resultado da perceção familiar das dificuldades da criança, do sucesso académico, das dificuldades sentidas na relação com a criança, bem como das relações de maior relevo

que a criança estabelece, existindo, em primeiro lugar, espaço para ouvir o que o outro tem para dizer. Através da entrevista, o psicomotricista tentará compreender a atitude do entrevistado face ao técnico e à própria criança, o tipo de discurso verbal e cadência de pensamento e o provável estilo de educação parental e ambiente familiar.

Na observação da criança em gabinete pretende-se estabelecer uma primeira noção acerca das dificuldades que a criança possa ter, quer sejam motoras, de atenção ou de relação com o outro. Esta observação pode conjugar um tempo de conversa, porém baseia-se sobretudo na observação do seu comportamento, atitude face ao técnico, desenhos e jogo livre. Dependendo da idade cronológica e maturidade da criança, pode ser discutida a presença dela ali e o que resultará da entrevista.

Após a primeira consulta de especialidade são marcadas duas ou três sessões em ginásio para avaliação psicomotora e análise acerca da integração em grupo. Durante este período são entregues os questionários acerca dos comportamentos e expressão sintomática BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992), versão pais e professores, e é realizado o teste do desenho da pessoa (Draw-a-person, Naglieri, 1988). No caso de a criança ter 8 anos ou mais pode ser aplicado o questionário da BASC na versão autoavaliação. O seu uso não deve ter a idade como única condição, já que se trata de um formulário extenso que, embora possa ser respondido na presença do técnico, contém perguntas que a criança pode não ser capaz de responder, quer por dificuldade no processamento da informação, quer por imaturidade ou sintomas de inibição e ansiedade. Se o teste é aplicado, o psicomotricista deve aproveitar determinadas questões para melhor perceber a razão de certas respostas, pois um mau entendimento da pergunta podem conduzir a resultados erróneos. Nas consultas de avaliação psicomotora, e atendendo às características da criança, são aplicados itens da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1975), mas também, e essencialmente, faz-se uso do jogo livre. A integração em grupo terapêutico pode também fazer parte do processo de avaliação, dependendo da especificidade de cada caso.

Na receção das escalas preenchidas e dos dados levantados a partir das sessões de avaliação psicomotora em ginásio é elaborado um projeto de intervenção. Caso contrário, a criança pode ser encaminhada para outro técnico da equipa da Clínica da Encarnação ou da escola. Outra possibilidade é considerada no caso da frequência e intensidade dos sintomas, bem como o prejuízo das atividades académicas e sociais, não justificar acompanhamento pedopsiquiátrico. Nessa constatação e, analisando o caso com o pedopsiquiatra responsável, são marcadas consultas de vigilância e indicadas atividades ou grupos desportivos e/ou sociais ou comunitários que servissem de apoio e estimulação das competências motoras, cognitivas e relacionais. Durante as consultas de vigilância, o psicomotricista e/ou o médico responsável através de entrevista semiestruturada monitorizam a expressão sintomática.

Na formulação do projeto terapêutico, o apoio implica um trabalho conjunto com as famílias, através de reuniões ou consultas terapêuticas. Nestas, pretende-se que ocorra uma troca de informações essenciais acerca das crianças e integração dos pais no processo, respeitando o nível de participação (passivo, ativo) que pretendem, mas sempre incentivando o seu *empowerment*, com a exposição de atividades que possam fazer em família ou de estratégias parentais. Neste sentido, Cruz e Lobo (2005) reforçam que a intervenção junto da família pode facilitar a consciencialização e a abordagem do problema, desempenhando o técnico um papel de mediador que os tranquiliza e que facilita o pensamento acerca das dificuldades, mas também das potencialidades do filho e deles próprios.

Quanto às sessões de psicomotricidade, elas decorrem no ginásio da Clínica da Encarnação, com uma duração média de 50 minutos, no período de Setembro a Julho, de segunda a quinta-feira das 10h às 12h, salvo exceções. Genericamente, em Setembro as crianças são chamadas para reavaliação e aconselhamento ou não para apoio da

psicomotricidade, em Dezembro e em Junho decorrem avaliações formais. As dinâmicas são na sua maioria em grupo, ainda assim também decorrem sessões individuais e a par.

De referir que a não existência de planos de intervenção se deve ao modelo preconizado na Clínica da Encarnação e que se rege segundo os fundamentos da psicomotricidade relacional, que são a adaptação permanente ao comportamento da criança e às suas expressões emocionais, bem como o estabelecimento de uma relação empática e autêntica através da qual se estabelece a comunicação e a evolução sintomática (Vecchiato, 1989). Neste sentido, defende-se o princípio de que deve ser o terapeuta a adaptar-se à criança e não o contrário, salientando-se a relação de confiança securizante enquanto base para a exposição das dificuldades e angústias existente, tal como a sua eventual superação (Vecchiato, 2003). Costa (2008) acrescenta ainda que a inexistência de planos de sessão, não significa que esta não seja meticolosamente pensada e refletida, sendo obrigatória a reflexão pós sessão. Por este motivo, depois da sessão era redigido um relatório de sessão individual que se constituía por uma descrição factual e exposição dos aspetos psicomotores, emocionais e relacionais mais importantes.

3.2.2. Sessões em grupo ou sessões individuais

Os grupos terapêuticos tiveram a sua origem na Clínica da Encarnação em 1987, sob orientação da Doutora Maria José Vidigal (Costa, 2011). A sua emergência deveu-se sobretudo à discrepância entre uma longa lista de espera e um número de técnicos muito reduzido (Costa, 2011). Desta forma, deu-se início aos grupos terapêuticos com constituições homogêneas e com um número variável de elementos. Atualmente a composição de grupos, segundo vários autores, deverá englobar crianças com diferentes patologias, e que resultem, de uma certa maneira, como compatíveis e complementares (Chapellière, 2009; Costa, 2008). Tal complementaridade deverá considerar o estágio de desenvolvimento, a estatura, os interesses e o nível de comunicação (Costa, 2005). Quanto à diversidade de organizações psíquicas e/ou motoras, esta favorecerá os processos de mútua identificação e a assunção dos modelos positivos propostos, enquanto os modelos negativos poderão ser controlados e elaborados, progressivamente, na relação com o terapeuta (Vecchiato, 2003). Para além do valor económico e político já referido, não pode ser descurado o papel fulcral que o grupo pode apresentar no desenvolvimento psíquico da criança (Costa, 2008). Acrescentando-se, com este, o encontro entre pais, capaz de relativizar a pressão social e estimular a troca de informações acerca das dificuldades que cada um sente (Chapellière, 2009).

Neste sentido, existe a tentativa para a integração em grupo do maior número de crianças possível. E, em geral, a indicação de grupo é o mais adequado para crianças emocionalmente perturbadas (Chapellière, 2009). Uma vez que o grupo é por si só um espaço mediador e contenedor que permite uma melhoria da regulação emocional, da flexibilidade do pensamento e desenvolvimento da elaboração cognitiva a dois níveis: a nível intrapsíquico na ligação afetos-pensamento e ao nível inter-relacional na ligação entre criança-pares e criança-terapeuta (Chapellière, 2009). O grupo terapêutico possibilita a pertença a uma equipa (Rodrigues, Dolores & Nascimento, 2001) e, por conseguinte, o desenvolvimento de competências emocionais inerentes à dinâmica cooperativa, construtiva e reflexiva da interação grupal, já que o prazer em estar e em fazer com os outros promove o empenho da criança em respeitar regras e normas da interação social (Moutinho, 2012).

De entre as várias patologias é possível detetar vantagens terapêuticas particulares para algumas delas. Por exemplo, nas crianças com dificuldades de separação, nota-se que alguns pais têm dificuldade em aceitar a autonomia psíquica da criança e o investimento desta numa relação muito próxima com o terapeuta. Assim, o projeto terapêutico em grupo permite diluir este sentimento de rivalidade e até a própria angústia de separação (Chapellière, 2009).

No caso de crianças com grandes inibições o grupo funciona como um envolvente protetor e motivador da expressão, da comunicação e de trocas afetivas que numa relação individual se tornam mais difíceis (Chapellière, 2009; Cruz & Lobo, 2005). Outro exemplo será o das crianças com um nível fantasmático muito pobre (Costa, 2008), onde o grupo através da confrontação com o outro e da observação da sua ação influencia para a emergência de novas possibilidades no jogo simbólico (Chapellière, 2009). Nas crianças hiperativas e com alterações de comportamento o grupo favorece a aceitação de regras, o pensar antes de agir, a tolerância à frustração e a reflexão conjunta (Cruz & Lobo, 2005; Moutinho, 2012). Estas crianças, em grupo, podem apoiar-se noutras mais contidas e no decorrer do processo de intervenção pode surgir um potencial de identificação (Chapellière, 2009). Por último, em crianças com insucesso escolar muito marcado, desinteressadas e que reagem pelo isolamento ou pela oposição, o grupo, pelo seu dinamismo, permite a descoberta dos outros e de si próprias, de saberes, sentimentos e capacidades (Cruz & Lobo, 2005). Esta interação reconstrói a autoestima, a segurança, a socialização e assim estimula e desperta a curiosidade para novas aprendizagens (Rodrigues, et al., 2001).

Contudo, o grupo é contraindicado para crianças imaturas do ponto de vista psicoafectivo (Rodrigues, et al., 2001; Vecchiato, 2003), em crianças que não desenvolveram processos de simbolização ou com níveis muito elevados de agitação e agressividade (Costa, 2008) ou em algumas patologias específicas, mais graves (Vecchiato, 2003). Nomeadamente as problemáticas com estruturas perversas e ou masoquistas e pacientes com sentimentos persecutórios graves (Chapellière, 2009). Igualmente, crianças vítimas de abuso sexual não devem integrar grupos terapêuticos, podendo este gerar sentimentos muito difíceis de gerir (Chapellière, 2009).

Ainda assim, a terapia psicomotora individual, na sua fase final, prevê a inserção da criança num pequeno grupo de terapia (Costa, 2008; Vecchiato, 2003). Pois se o grupo é indispensável para a maturação da criança é-o, também, na sua eventual terapia (Vecchiato, 2003), e até porque, “sem a relação de uns com os outros não se é” (Costa, 2005).

Por fim, salienta-se a individualização dentro do grupo, que ocorria através da delimitação física de pequenos espaços dentro da sala terapêutica quando a presença do outro era sentida como demasiado intrusiva ou através da distribuição de diferentes papéis dentro de um jogo, de acordo com as características de cada um e das dificuldades a trabalhar. Em grupo as especificidades de cada um eram também utilizadas para auxiliar um colega ou o grupo em si, por exemplo, uma criança mais desinibida poderia servir de modelo de exploração do espaço para uma criança inibida, ficando o terapeuta com a tarefa de criar a ligação entre uma e a outra.

3.2.3. A Sessão Tipo

Independentemente da dinâmica escolhida para cada caso existe um “modelo” segundo o qual as sessões decorrem, sendo, obviamente, sensível à necessidade de alteração dos vários momentos e atendendo à especificidade de cada criança ou do grupo.

A sessão “tipo” tem uma duração aproximada de quarenta e cinco minutos e divide-se em cinco momentos fundamentais: a conversa inicial, a organização das atividades, o tempo para colocar em ação o planeado, o retorno à calma e, por fim, o ritual de saída. A este modelo pode ser adicionado um tempo extra, o aquecimento, se as atividades a desenvolver assim o requererem.

A conversa inicial tem o propósito do cumprimento e a partilha de acontecimentos de relevo com os outros. A organização das atividades consiste na escrita do nome de cada um dos elementos do grupo no quadro, mesmo daqueles que possam estar atrasados ou que irão estar ausentes naquele dia. Assim cada um deles sabe que mesmo quando não puder estar não é esquecido. Este momento é pautado pela escolha

de uma ou mais atividades que queiram fazer. Nas dinâmicas de grupo cada criança pode escolher uma atividade individual e tentar escolher outra para fazer com o grupo. Em grupo, o tempo despendido no segundo momento é maior, pois requer uma intensa mediação de conflitos, devido à diversificação dos interesses de cada um. Este tempo tende a ser cada vez menor ao longo do tempo, i.e. à medida que os elementos do grupo se conhecem, criam-se amizades que facilitam a cedência da escolha do próprio em favor da escolha do grupo, para além de que as brincadeiras que surgem em grupo representam as escolhas preferidas nas sessões posteriores. Quanto à organização no quadro, o nome de cada atividade é escrito ou é desenhado um símbolo que a represente, à frente do nome de quem a escolheu. Depois da atividade concluída pode ser colocado um símbolo (e.g. visto ou certo) indicador da sua realização. Ao longo deste tempo, as atividades pensadas podem ser alteradas ou não realizadas, estas atitudes são refletidas com o psicomotricista que ajuda na gestão do tempo e na reflexão sobre a melhor opção, no sentido da consciencialização dos atos. Ainda neste tempo, o psicomotricista aproveita para, a partir da preferência da criança, estimular o desenvolvimento das suas dificuldades através de propostas dentro da brincadeira inicial, de estratégias ou de graus de dificuldade que se podem aumentar ou diminuir.

O tempo de retorno à calma pode surgir quando a criança diz que já terminou as suas atividades, quando pede para descansar ou quando faltam entre dez a quinze minutos para o fim da sessão. Neste momento são propostas atividades que conduzam a um abaixamento do tónus corporal, a um regular dos ciclos respiratórios e à organização do esquema corporal através da consciencialização dos limites corporais. Na sua maioria, as crianças preferem atividades de relaxamento passivo (e.g. rolar a bola grande por cima do corpo, ser tapado devagarinho com bolas dentro da piscina). O ritual de saída consiste no despertar do retorno à calma, o arrumar dos materiais, o calçar os sapatos e o despedir do grupo. Neste último momento foi usual a reflexão acerca do experienciado na sessão e a partilha com o grupo acerca do que cada um iria fazer a seguir.

A exceção ao modelo acima referido foi desenvolvida com a sessão individual I e com os grupos III e IV. Quanto à sessão individual I não era possível estabelecer nenhum modelo previamente, já que qualquer proposta era recusada e sentida como ameaça e, por isso, constituiria um entrave tanto à relação como à estimulação psicomotora. No entanto, ao longo do período de intervenção a própria criança estabeleceu um ritual, com o qual pactuávamos, e no qual ela própria impunha a duração de cada etapa e de facto, as sessões começaram a assemelhar-se à sessão-tipo.

No respeitante ao grupo III, este era constituído por crianças com níveis de agitação elevados e dificuldades de regulação emocional e sensorial. Por este motivo e em resultado da intermitência dos seus elementos, o principal objetivo era o de promover essa regulação e harmonização através do contacto espontâneo com os materiais e os pares. Estas crianças não tinham ainda capacidade de verbalização e reflexão conjunta, pelo que apenas o ritual inicial e, por vezes, o retorno à calma se repetiam. Por fim, quanto ao grupo IV, o modelo de sessão diverge pela realização de projetos extra (e.g. culinária, fotografia ou coreografia), no entanto, mantêm-se os tempos iniciais e finais.

3.2.4. Caracterização dos espaços e materiais de intervenção

O contexto de intervenção primordial da psicomotricidade na CE é o ginásio. No entanto, o gabinete existe e a sua especificidade permite ao técnico diferentes ações, importando também mencionar e caracterizar.

Assim, o gabinete é o espaço onde decorrem as primeiras consultas, reuniões parentais e outros trabalhos de escritório, como as reuniões com o orientador e a escrita de documentação a incluir no processo. Pelo seu espaço caracteristicamente indutor de maior focalização e aspeto mais profissional é mais indicado e adequado para estas tarefas do que o espaço de ginásio.

Por seu lado, o ginásio, ou sala terapêutica, encontra-se na ala da UPI, no fundo de um longo corredor alegremente decorado com quadros e portas de várias cores. O ginásio é um espaço amplo que permite albergar grupos terapêuticos de crianças e adolescentes. Por ser um espaço dinâmico, recheado de “cantos e recantos e possibilitar o mais variado tipo de sensações e vivências”, torna-se um lugar privilegiado para a expressão dos conflitos internos (Rodrigues, Dolores & Nascimento, 2001).

O espaço do ginásio apresenta grandes janelas com estores em cada uma das paredes laterais, o que possibilita grande incidência de luz natural, mas também o controlo dessa luminosidade. Na parede da porta, à esquerda, encontra-se uma mesa pequena, uma cadeira e um banco e na parede oposta o quadro branco e o espelho. Estes elementos são fundamentais para a organização do pensamento, da sessão, assim como do esquema e noção corporais, respetivamente.

Os materiais disponíveis para as sessões de psicomotricidade encontram-se dispostos pela sala, existindo caixas específicas para determinados grupos de materiais, como a caixa dos livros, a caixa da mantas e tecidos e a caixa das bolas.

De entre os materiais disponíveis é possível enumerar alguns, como a piscina de bolas, os túneis de tecido, o minitrampolim, o quadro, colchões, bolas e esponjas de diversas cores, tamanhos e formas, placas sensoriais quadradas e em forma de mãos e pés, arcos de diferentes cores e tamanhos, prancha de equilíbrio, banco sueco, escorrega, espaldar, espelho com portas articuladas, baloiços, cordas, bonecos e fantoches, tecidos e legos. De acordo com a descrição feita e pelas imagens figurativas, pode-se considerar que o espaço e o tipo de materiais existentes encontra-se de acordo com o que defendem vários autores, como por exemplo, Aucouturier (2011), Costa (2008) e Vecchiato (2003).

Na saída do ginásio, situada à esquerda, encontrava-se uma sala de arrumação que servia para guardar materiais de maiores dimensões ou excedentários. De facto, os materiais não devem ser considerados como obrigatórios, nem como mecanicistas ou únicos, mas sim como suportes diversificados, articuláveis, flexíveis, inovadores, coloridos e múltiplos (Fonseca, 2009). Isto é, como meios facilitadores e promotores de atividades psicomotoras generalizadoras e enriquecidas, capazes de sugerir propostas ou situações problema a que a criança é exposta, servindo para acrescentar algum valor mediador à interação terapeuta – criança e suscitando simultaneamente a formação de funções centrais de atenção, controlo, perceção, memória, ideação, simbolização, verbalização e expressão inerentes à ação (Fonseca, 2009).

3.3. Relação entre profissionais

O objetivo deste subcapítulo tem que ver com a necessidade do trabalho em equipa em contexto hospitalar, explicitando as formas em que ele se expressava entre os vários técnicos e serviços da Clínica da Encarnação. Pois tal como refere Costa (2008) o trabalho e discussão em equipa são fundamentais para a concretização de objetivos comuns e, neste sentido, as reuniões de equipa tornam-se o eixo da intervenção, promovendo a troca de ideias, conhecimentos, experiências e vivências que são cruciais para uma melhor intervenção.

A relação entre os profissionais da equipa multidisciplinar da CE estabeleceu-se de acordo com o conceito de interdisciplinaridade. Neste sentido, eram frequentes reuniões informais para a discussão de ideias breves sobre algum caso em particular. Assim, os profissionais solicitavam a atenção dos técnicos com quem precisavam de falar e num período livre de consulta discutiam o caso. Ao longo do período de estágio, a relação estreita entre os profissionais permitiu que se pudessem esclarecer rapidamente quaisquer dúvidas existentes a cerca da evolução da criança noutros contextos de intervenção. Em consequência da articulação multidisciplinar, estabeleciam-se atendimentos paralelos ou consequentes. O primeiro em casos de acompanhamento à

família que decorria ao mesmo tempo que o atendimento da criança por outra especialidade. O segundo relacionava-se com crianças que podiam frequentar duas ou três consultas de frequência semanal de especialidades diferentes no mesmo dia.

A reunião de equipa, com frequência semanal era outro dos momentos de relação entre todos os profissionais. Esta reunião tinha uma duração aproximada de duas horas e trinta minutos, sendo presidida pela chefe de equipa e pelo chefe do departamento uma vez por mês. A mesma servia para a divulgação de informações hospitalares, formações diversas e para a apresentação e discussão de um estudo de caso. A cada semana um técnico preparava a exposição para os colegas, sendo frequente a partilha de investigações atuais que se relacionassem com as práticas terapêuticas ou informação teórica de base para um maior entendimento do estudo de caso.

A sublinhar, outra dinâmica do departamento de pedopsiquiatria, são as reuniões de formação contínua com todas as equipas que decorrem no anfiteatro do Hospital Dona Estefânia. Nestas reuniões, uma equipa por mês prepara um tema de formação que expõe a todos os colegas. Após a exposição, é frequente a presença de uma vinheta clínica e uma discussão entre técnicos sempre enriquecedora.

Assim é possível deter que o funcionamento em equipa na CE decorre conforme o postulado teoricamente, pois tal como João dos Santos assinalava, o trabalho em equipa, para além dos conhecimentos científicos, requer “qualidades humanas especiais” (Branco, 2010). Essas qualidades, explicaria depois, estão relacionadas com a humildade e disponibilidade (Branco, 2010). A primeira para poder aprender com os outros, a segunda para que haja tampo para também ensinar o que sabe (Branco, 2010).

3.4. Relação com a comunidade

O presente subcapítulo pretende descrever a relação entre a CE e a comunidade, destacando-se as reuniões comunitárias, as reuniões com a escola e sessões de defesa em tribunal.

As reuniões comunitárias decorriam uma vez por mês, sendo presididas pelo pedopsiquiatra responsável do caso a discutir e nela intervinham também a técnica de ação social, a professora de educação especial e, por vezes, a enfermeira especialista. Os agentes comunitários geralmente eram os pais, técnicos de entidades protetoras da criança e do adolescente (e.g. CPCJ), professores ou educadores e outros técnicos que apoiem a criança. Genericamente, os seus objetivos relacionavam-se com a defesa dos direitos da criança e revisão de projetos pedagógicos e terapêuticos.

As reuniões com a escola existiam de duas formas, na CE onde poderiam estar presentes todos os técnicos envolvidos no projeto pedagógico-terapêutico da criança em questão, os professores e os pais, ou na escola, podendo ser escolhido apenas um dos técnicos colaboradores no processo. A marcação de uma reunião deste tipo ocorria após eventos traumáticos ou de conflito intenso, decorridos no contexto escolar.

Por fim, as sessões de defesa em tribunal tinham origem num processo judicial a decorrer, como o divórcio de um casal, pedido de guarda da criança ou a retirada da criança à família de origem. Nestes casos, um dos técnicos que prestasse apoio terapêutico à criança em questão poderia ser solicitado para prestar declarações, por escrito e/ou presencialmente. Em casos de abuso físico e/ou sexual perpetrados contra um menor, pode também ser chamado a tribunal um técnico do DPIA com a função de auxiliar na proteção da integridade da criança, face à exposição emocional a que é submetida.

III. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No decorrer do presente capítulo será abordada a prática profissional no âmbito da formação prática na CE. Inicialmente será apresentada a calendarização das atividades e horário de estágio propriamente dito, de seguida, encontram-se descritos os objetivos, as atividades e a relação com a comunidade e com os outros profissionais. Logo depois, surge uma caracterização geral da população, os instrumentos utilizados e a descrição de dois estudos de caso, contando-se a caracterização anamnésica e todo o projeto e percurso terapêutico. Por fim, serão apresentadas dificuldades e limitações sentidas, bem como as atividades complementares de formação.

1. Objetivos e atividades realizadas

Os objetivos gerais do presente estágio consistem em proporcionar a aprendizagem e o treino especificamente direcionado para o exercício da atividade profissional, através da aquisição de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões, & Brandão, 2012).

No que respeita à intervenção psicomotora realizada no âmbito da saúde mental infantil e juvenil pressupõe-se, com este estágio a aquisição de competências necessárias para desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação e intervenção para diferentes perturbações do desenvolvimento, com implicações na avaliação e planeamento em reabilitação psicomotora (Martins, Simões, & Brandão, 2012). Assim, o estágio na CE compreendeu atividades como avaliação do desenvolvimento psicomotor e sintomatológico, estabelecimento do perfil intra-individual respetivo e elaboração e aplicação e programas no âmbito da reabilitação psicomotora. Com os estudos de caso, pretende-se verificar se existem alterações positivas no perfil psicomotor, emocional e comportamental das crianças no fim do período de intervenção.

1.1. Atividades de estágio

Ao longo do estágio e após o período de observação, foram desempenhadas as funções respetivas ao serviço de psicomotricidade, quer o apoio à criança quer à família, que se encontram descritas no item 3.2.1. *Valências e Modelo de funcionamento do Serviço de psicomotricidade da Clínica da Encarnação do HDE* e que se relacionavam com avaliação, planeamento, sessões de intervenção, escrita de relatórios após as sessões e reuniões com os pais e professores. Da mesma forma, o modo de funcionamento, o espaço onde decorria a intervenção e os materiais disponíveis nas sessões respeitaram também o explanado no item 3.2.4. *Caracterização dos espaços e materiais de intervenção*. Com o objetivo de melhor elucidar acerca do trabalho desenvolvido encontram-se fotografias alusivas a diferentes atividades realizadas nas sessões de psicomotricidade nos anexos XI e XII.

Paralelamente às atividades de estágio propriamente ditas, i.e. do atendimento aos utentes e familiares, decorreram as reuniões de orientação do núcleo de estágio de saúde mental infanto-juvenil, contabilizando-se 22 sessões no total, cujas atividades se encontram enumeradas no capítulo 8. *Atividades complementares de formação*.

1.2. Relação com outros profissionais e com a comunidade

De acordo com a missão integradora da CE, as funções da estagiária englobaram a troca de informações com os demais técnicos de saúde, tendo esta sido estabelecida por meio de reuniões informais e formais, nas quais se contribui com a apresentação de um estudo de caso. Neste sentido e em conjunto com a colega estagiária de outra instituição de ensino foi apresentada uma aula para os médicos internos da especialidade de pedopsiquiatria acerca do contributo da psicomotricidade numa equipa de saúde mental integrando-se também um estudo de caso.

No que concerne à relação com a comunidade, existiu a participação numa reunião na escola com os professores, com a família e com o terapeuta da CE responsável. Noutros casos, a comunicação com a escola decorreu com os professores titulares de turma através de contactos telefónicos.

Em consequência da integração na equipa multidisciplinar foi possível observar outros especialistas da área em diversas funções e atividades, contando-se uma primeira consulta médica de acolhimento e três consultas de acompanhamento pedopsiquiátrico, uma consulta de despiste da dislexia e outra de avaliação de Q.I., uma sessão de acompanhamento parental e um apoio pela terapia da fala. Face ao interesse pela área da primeira infância e em resultado do atendimento de crianças da UPI, realizou-se também a observação de apoio terapêutico de acordo com a técnica de *floor-time* e acompanhamento do processo de acolhimento que englobou uma consulta de enfermagem, avaliação pedopsiquiátrica e reunião de equipa para discussão do caso.

2. Calendarização das atividades

No presente subcapítulo apresenta-se através de cronograma a calendarização geral dos procedimentos de estágio práticos e teóricos, tal como os horários cumpridos e a calendarização das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2012/2013, a partir do momento em que se deu início às atividades de estágio na CE.

2.1. Calendarização

O cronograma apresentado na tabela 1 diz respeito à organização das atividades realizadas ao longo do ano letivo a nível prático na CE e, a nível teórico, os procedimentos relativos à realização do presente relatório.

As atividades de estágio decorreram desde 15 de outubro de 2012 a 29 de julho de 2013. A partir do dia 15 de julho não foram realizadas mais sessões de psicomotricidade, tendo sido o tempo final utilizado para a discussão de casos e redação dos respetivos relatórios.

Atividades realizadas		2012			2013							
		Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Set-Nov
Integração na equipa												
Observação												
Avaliação inicial												
Elaboração de projetos terapêuticos												
Intervenção Psicomotora												
Avaliação final												
Reuniões de equipa												
Relatório	Enquadramento teórico											
	Enquadramento prático											
	Revisão geral											
	Entrega											

Tabela 1: Calendarização das atividades realizadas

2.2. Horário

Em sequência são apresentados dois horários, através das tabelas 2 e 3. O primeiro é relativo ao primeiro contacto com o serviço e consequente integração, com a população e métodos de trabalho. O qual foi alterado em Janeiro em resultado da evolução das funções da estagiária. Para além do exposto, a sessão individual IV e o grupo IV foram suprimidos do horário pela necessidade de a colega de outra faculdade poder observar e acompanhar esses grupos, tendo-se dado início, consequentemente, a novos grupos de intervenção dos quais a estagiária ficou responsável. Assim, constam no segundo horário 21 horas no total, contabilizadas entre o estágio prático, as reuniões de equipa na CE e as reuniões de orientação na faculdade. O horário organiza-se de segunda a quinta-feira, com uma distribuição variante dependendo dos dias, entre as 9 e as 20 horas.

Horário Out – Jan	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
09:00 – 10:00			Reunião de equipa	
10:00 – 11:00	Individual I	Grupo II		Grupo V
11:00 – 12:00	Individual II	Grupo III	Individual III	Grupo VI
12:00 – 13:00	Registos	Registos	Individual IV	Registos
13:00 – 14:00			Registos	
14:00 – 15:00				
15:00 – 16:00			Grupo IV	
16:00 – 17:00			Registos	
17:00 – 20:00	Reunião de orientação			

Tabela 2: Horário semanal de outubro a janeiro

Horário Fev – Jul	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
09:00 – 10:00			Reunião de equipa	
10:00 – 11:00	Individual I	Grupo II		Grupo V
11:00 – 12:00	Grupo I	Grupo III	Individual III	Grupo VI
12:00 – 13:00	Individual II	Par II	Registos	Grupo VII
13:00 – 14:00	Registos	Registos		Registos
14:00 – 15:00	Par I *			
15:00 – 16:00	Registos			
16:00 – 17:00				
17:00 – 20:00	Reunião de orientação			

Legenda: *início em março

Tabela 3: Horário semanal de fevereiro a julho

2.3. Planeamento das sessões

A calendarização das sessões de psicomotricidade é apresentada na tabela 4. Na sua elaboração foram considerados os períodos de férias e de ausência do orientador no local de estágio, o que, em resultado das normas da política de estágio impede a realização das sessões. As sessões não realizadas estiveram relacionadas com a falta das crianças por várias razões, nomeadamente visitas de estudo e por doença.

Calendarização das sessões	Outubro a Janeiro	Fevereiro a Julho	Março a Julho
	9 sessões x 14 semanas	10 x 17 semanas	1 sessão x 12 semanas
Previstas	126	170	12
Realizadas	124	165	11

Tabela 4: Calendarização das sessões

No total é possível contabilizar-se 31 semanas de estágio, durante as quais se realizaram 300 sessões de psicomotricidade, que englobam sessões de intervenção, mas também de observação e das avaliações iniciais e finais.

3. Caracterização geral da população atendida

No decorrer do estágio foram apoiadas 39 crianças e adolescentes, 34 do género masculino e 5 do género feminino, com idades compreendidas entre os 2 e os 15 anos de idade. A intervenção decorreu segundo três dinâmicas diferentes, constando 3 crianças em sessões individuais, 4 crianças em sessões de pares e 31 crianças divididas por grupos de 3 a 6 elementos, restando 1 criança que foi apoiada, durante parte do ano, em sessões individuais e de grupo. Quanto ao diagnóstico atribuído contabilizam-se 12 crianças com alguma das problemáticas do grupo das perturbações globais do desenvolvimento, 9 crianças com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, 5 crianças com perturbações de ansiedade, 5 crianças com outras perturbações disruptivas do comportamento e 2 crianças cujo diagnóstico não constava no processo. Contam-se ainda 6 crianças classificadas com outras patologias, nomeadamente e seguindo a ordem da tabela, perturbação reativa da vinculação; atraso neuromotor; perturbação regulatória; perturbações da aprendizagem; perturbação depressiva.

Caracterização da população atendida	Dinâmica de intervenção													Total
	Individual				Par		Grupo							
	I	II	III	IV	I	II	I	II	III	IV	V	VI	VII	
Número de crianças	1	*	1	1	2	2	4	5	6	5	4	5	3	39
Género														
Masculino	1	*	1	1	-	-	4	5	6	4	4	5	3	34
Feminino	-	-	-	-	2	2	-	-	-	1	-	-	-	5
Idade em 01.01.2013	2	8	8	10	8	4/6	6/9	4/6	4/6	11/15	7/8	8/10	8	2/15
Escolaridade														
Pré-escola	1	-	-	-	-	1	1	5	6	-	-	-	-	14
1º Ciclo	-	*	1	-	2	1	3	-	-	-	4	5	3	20
2º Ciclo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	-	-	-	6

Caracterização da população atendida	Dinâmica de intervenção													Total
	Individual				Par		Grupo							
	I	II	III	IV	I	II	I	II	III	IV	V	VI	VII	
Diagnóstico														
PGD	-	*	-	-	-	-	2	4	3	1	-	2	-	12
PA	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	1	-	1	5
PHDA	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1	3	1	9
Outras PDC	-	-	1	1	-	-	-	1	2	-	-	-	-	5
Outras	1	-	-	-	-	1	-	-	1	2	-	-	1	6
Não atribuído	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2

Legenda: *Contabilizado no grupo

Tabela 5: Caracterização geral da população atendida

A participação da estagiária não foi igual em todos os processos de intervenção, tendo-se distinguido três tipos de atuação diferenciada. Nos grupos II, III e VII, pares I e II e com o caso individual II o trabalho decorreu de forma mais autónoma, assumindo a estagiária uma posição de liderança e responsabilidade pelos projetos desenvolvidos. Por outro lado, com as crianças que tinham apoio individual, nomeadamente, I e III, a participação da estagiária decorreu em parceria com o Dr. João Costa. Por fim, nos restantes casos a contribuição da estagiária situou-se ao nível da observação participada.

Assim, é possível distinguir um total de 22 crianças de acordo com um trabalho de estágio mais independente. Neste grupo, os dois diagnósticos com maior prevalência diziam respeito ao grupo das perturbações globais do desenvolvimento (7) e às perturbações da ansiedade (4), sendo esta uma das razões que levou à escolha dos estudos de caso.

Para uma análise mais detalhada encontra-se disponível em anexo (ver Anexo III) uma tabela com a caracterização individual da população atendida.

3.1. Evolução da população atendida

No sentido de perceber a evolução global da população atendida apresenta-se uma tabela que atenta na compreensão da importância da terapia psicomotora para a modificação do quadro sintomático. Assim, procedeu-se à divisão dos pacientes em três grupos etários: dos 4 aos 6 anos; dos 7 aos 9 anos; dos 10 aos 15 anos. Após a constatação da inconsistência de algumas crianças, no que concerne à assiduidade, procedeu-se à divisão entre aqueles que vieram a mais de 10 sessões daqueles que vieram a menos de 10, de um total de aproximadamente 30 sessões esperadas para todo o ano letivo. Do total de 39 pacientes foram excluídas seis crianças cujo projeto pedagógico-terapêutico não foi concluído por alteração de morada (2) ou por alta por abandono (4), uma criança que pertencendo à UPI e por estar abrangida por um projeto de intervenção precoce era avaliada com instrumentos diferentes e, ainda, duas crianças que no segundo trimestre do ano 2013 sofreram regressões importantes e que, cujos resultados da avaliação final não podendo ser individualmente justificados enviesariam os resultados do grupo etário a que pertenciam.

Para esta avaliação global foram calculados valores médios obtidos através da utilização dos instrumentos Draw-a-person (DAP) e o Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds (BASC). Para esta avaliação global escolheu-se apresentar valores médios para as principais componentes da escala BASC, adquiridos pela combinação das versões pais e professores: Componente Problemas Exteriorizados (CPE); Componente Problemas Internalizados (CPI); Componente Problemas Escolares (CPEs); Índice de Sintomas Comportamentais (ISC); Componente Competências Adaptativas

(CCA). A leitura qualitativa dos valores correspondentes, para as primeiras quatro componentes, considera valores até 50 como normativos, entre 60 e 69 como estando em risco e a partir de 70 como clinicamente significativos. Para a última escala (CCA) deve ser lida considerando valores menores que 30 como clinicamente significativos, entre 31 e 40 como estando em risco e a partir de 41 como normativos. De referir que a CPEs não é cotada para crianças entre os quatro e os cinco anos. Mais se acrescenta que para os meninos com seis anos foi aplicada a escala para o pré-escolar, uma vez que frequentavam esse nível de escolaridade.

Quanto ao DAP escolheu-se apresentar os valores totais dos três desenhos que dizem respeito ao teste. A sua leitura qualitativa poderá ser feita considerando valores entre 70 e 79 como estando no limite, entre 80 e 89 como médio baixo e entre 90 e 109 como estando dentro do esperado para a sua idade cronológica.

De salientar que no grupo dos 7 aos 9, para aqueles que frequentaram menos de 10 sessões, não possível, por variadas razões, obter os resultados da avaliação final. Na faixa etária entre os 11 e os 15 anos todos os utentes estiveram presentes em mais de 10 sessões de psicomotricidade.

Para uma análise mais detalhada encontram-se disponíveis em anexo (ver anexo IV) as folhas de cálculo respetivas.

	DAP		BASC Pais + BASC Professores									
	DAP total		CPE		CPI		CPEs		ISC		CCA	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
4-6												
+10	84	104	55	48	66	53	-	-	77	68	49	52
-10	73	72	64	67	62	63	-	-	78	79	37	38
7-9												
+10	79	95	57	58	61	59	60	56	65	64	41	45
-10	79	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-15												
+10	81	87	62	59	62	63	62	61	69	66	37	40

Tabela 6: Evolução da população atendida, média calculada

Pela análise da tabela é possível constatar que, no geral, aqueles que frequentaram mais sessões de psicomotricidade obtêm avaliações finais com resultados melhores. A intervenção psicomotora realizada teve efeito positivo não só ao nível dos sintomas psicopatológicos como também na aquisição de competências adaptativas e na noção corporal e As diferenças entre os valores iniciais e finais são mais relevantes no grupo de crianças entre os quatro e os seis anos de idade. Em relação às crianças do segundo grupo que frequentaram menos de 10 sessões, constatou-se uma ligação com a dificuldade em obter dados da avaliação final. As razões da sua omissão relacionavam-se com questionários não entregues, dificuldade em contactar os professores ou com demasiados itens sem resposta e que inviabilizavam a cotação da escala.

Assim, conclui-se que quanto mais cedo a terapia psicomotora tiver início e quanto mais sessões ocorrerem, melhores resultados se obtêm. Ainda assim, para qualquer idade verificaram-se melhorias após o período de intervenção.

4. Psicopatologias

No presente subcapítulo pretende-se uma exposição teórica ao nível de algumas perturbações de foro psiquiátrico. A decisão relaciona-se com a impossibilidade de uma exposição detalhada de todas as perturbações sobre as quais incidiu estudo ao longo do ano letivo, em resultado do número de casos atendido ser elevado ($n=39$) e porque a diversidade psicopatologia se relacionava com, aproximadamente, 15 perturbações diferentes.

Deste modo, serão caracterizadas as patologias referentes aos estudos de caso que integram o presente relatório ou que foram apresentados em núcleo de estágio. Assim, tem-se a Perturbação global do desenvolvimento sem outra especificação, Perturbação da aprendizagem da leitura e escrita, Deficiência mental, Perturbação da ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade de separação, Perturbação reativa da vinculação e perturbação do comportamento. Para cada uma das patologias será feita uma observação atendendo aos critérios de diagnóstico com base no DSM-IV-TR, manual de diagnóstico utilizado no local de estágio e vigente no decurso do diagnóstico dos casos aqui apresentados. Paralelamente, a referência às alterações no DSM-V será realizada. Para cada uma das perturbações existirá a tentativa para a abordagem da prevalência, etiologia, indicações terapêuticas, reforçando-se a especificidade da psicomotricidade e o prognóstico.

4.1. Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação

4.1.1. Prevalência e Etiologia

A Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (PGD SOE) faz parte das Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), um grupo com a designação de Perturbação Global do Desenvolvimento (PGD) no DSM-IV-TR (APA, 2002). Esta secção inclui a perturbação autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Perturbação de Asperguer e a PGD SOE (APA, 2002).

De etiologia desconhecida são várias as causas atribuídas, porém sem evidência clínica estabelecida (Rutter, 2011), no entanto, atendendo ao impacto na vida diária da pessoa com uma PEA é fulcral que a sinalização ocorra o mais precocemente possível, para assim dar início a uma intervenção adequada. Quanto à prevalência quantitativa da PGD SOE isoladamente, esta não se encontra na literatura, porém salienta-se o facto de que dentro do grupo das PEA é o diagnóstico atribuído mais vezes (Bregman, 2011; Mandy, et al., 2011). Quanto à prevalência atual do grupo das PEA, Rutter (2011) indica percentagens entre os 0,5% e 1%.

4.1.2. Caracterização do diagnóstico

No que concerne ao quadro sintomático, as PGD são caracterizadas por um défice grave e global em diversas áreas do desenvolvimento, nomeadamente ao nível das competências sociais e de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas (APA, 2002). Sendo que os défices qualitativos que definem estas perturbações são claramente inadequados para o nível de desenvolvimento do sujeito ou para a sua idade mental (APA, 2002).

Estas perturbações são geralmente evidentes nos primeiros anos de vida e estão muitas vezes associadas a um certo grau de Deficiência Mental, o qual, se estiver presente, deve codificar-se no Eixo II (APA, 2002). As PGD são algumas vezes observadas num grupo de diversos estados físicos gerais (por exemplo, anomalias cromossómicas, infeções congénitas, anomalias estruturais do sistema nervoso central) (APA, 2002). Se estiverem presentes tais condições deverão ser codificadas no Eixo III.

Para preencher os critérios de perturbação autística a criança tem manifestar pelo menos 6 de 12 sintomas, com pelo menos 2 na área social e 1 em cada uma das outras

categorias (APA, 2002). Sendo que os sintomas devem ter-se manifestado antes dos 36 meses de idade (APA, 2002). No domínio social, os sintomas incluem défice acentuado na comunicação não-verbal, incapacidade para desenvolver relações com os pares adequadas ao nível de desenvolvimento, tendência reduzida para partilhar interesses ou prazeres com os outros e limitada reciprocidade social ou emocional (APA, 2002). As dificuldades de comunicação incluem atraso ou ausência do desenvolvimento da linguagem oral, dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, linguagem idiossincrática ou repetitiva e défice no jogo imitativo ou realista. Por fim, na área dos comportamentos e interesses, destacam-se frequentemente interesses absorventes e invulgares, adesão inflexível a rotinas não funcionais, movimentos estereotipados e preocupação com partes ou qualidades sensoriais dos objetos (APA, 2002).

De acordo com o DSM-IV-TR (2002), a categoria PGD SOE deve ser usada quando existe um défice grave e global no desenvolvimento da interação social recíproca ou nas competências de comunicação verbal e não-verbal ou quando estão presentes comportamentos, interesses e atividades estereotipadas, mas não estão preenchidos os critérios de uma PGD específica. Assim, para o seu diagnóstico usa-se a mesma lista de sintomas que para a perturbação autística, mas apenas se exige uma dificuldade da área da interação social recíproca e um sintoma dos défices de comunicação ou dos comportamentos repetitivos e restritos (Ozonoff & Rogers, 2003).

Autores referem que a falta de critérios específicos para a PGD SOE permite que alguns médicos usem esta categoria para casos de “atrasos” em várias áreas do desenvolvimento (em vez de verdadeiro comprometimento qualitativo) que coexistem com outros sintomas neuropsiquiátricos (Bregman, 2011), como sejam crianças com problemas gerais de linguagem ou da aprendizagem e ligeiro atraso das capacidades sociais ou crianças com comportamento hiperativo, suscetível de distração e altamente desorganizado (Ozonoff & Rogers, 2003). Pelas razões expostas, a nomenclatura de PGD SOE tem sido usada por clínicos e investigadores em diversas situações, como por exemplo quando um diagnóstico mais específico não é possível em resultado da falta ou de lacunas na informação, por uma idade de início mais tardia, uma sintomatologia atípica ou uma sintomatologia subliminar ou por todos estes factos em comum (Bregman, 2011; Towbin, 2005).

Atualmente compreende-se a PGD SOE como o subtipo das PEA mais heterogéneo, e com menor comprometimento ao nível da comunicação e sociabilização, tal como uma menor presença de comportamentos estereotipados e repetitivos (Bregman, 2011). No entanto, através de estudo com uma amostra de 256 crianças com 9 anos de idade, Mandy e colegas verificaram que 97% das crianças com PGD SOE tinham apenas um padrão de sintomas, nomeadamente, défices na reciprocidade social e na comunicação, sem a presença de comportamentos estereotipados e repetitivos significativos (Mandy, et al., 2011). Segundo o mesmo estudo, em comparação com a Perturbação Autística e a Perturbação de Asperger, as crianças com PGD SOE apresentavam dificuldades de comunicação social igualmente graves, no entanto mais circunscritas (Mandy, et al., 2011). Neste sentido, pessoas com PGD SOE apresentam uma variante distinta de autismo que não será necessariamente uma forma de manifestação mais leve dos sintomas (Mandy, et al., 2011).

4.1.3. Alterações no DSM-5

Contudo, considerando as alterações no DSM-5, particularmente os critérios de diagnóstico que requerem a presença de comportamentos estereotipados e repetitivos, o diagnóstico de PGD SOE exclui-se do grupo das PEA, existindo a possibilidade de inclusão de alguns pacientes no grupo das Perturbações da Comunicação, enquanto Perturbação da Comunicação Social (APA, 2013). Por este motivo, Tawbin (2005) alerta para a importância deste diagnóstico não só pela sua alta prevalência, mas também, e

principalmente, pelo comprometimento a que a sintomatologia conduz e, consequentemente, necessidade de intervenções adequadas.

4.1.4. Intervenção terapêutica e Prognóstico

Quanto à intervenção terapêutica, quer esta seja do tipo farmacológico, psicoeducacional (Rutter, 2011) ou terapêutico existem várias hipóteses (Vidigal & Guapo, 1997). No que respeita a intervenção psicoeducacional destacam-se metodologias de orientação comportamental, desenvolvimental ou de ensino estruturado (Lima, 2012).

Quanto à intervenção psicomotora esta pode decorrer em ginásio, em piscina ou no âmbito da equitação terapêutica. A TPM pode constituir-se num trabalho que estimule ao desenvolvimento da expressão através do jogo espontâneo da criança com PGD (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). A TPM destaca-se como um meio de ação onde o movimento da criança é consciencializado na relação com o psicomotricista, num espaço contendor e estruturante, e onde a verbalização é estimulada a partir da comunicação não-verbal da criança (Costa, 2008). Sendo capaz de estimular a área da cognição, da socialização, da comunicação, do comportamento, da autonomia, do jogo e das competências académicas, referidas por Lima (2012b) como determinantes de qualquer intervenção com crianças com PEA. Vidigal e Guapo (1997) acrescentam ainda que a psicomotricidade para além de auxiliar na coordenação motora, pode auxiliar na construção de uma imagem corporal fragmentada e da integração de gestos, aparentemente sem finalidade, na motricidade global, através da orientação das suas atividades espontâneas para outros focos de interesse que permitem a criança focar-se e desviar a atenção das repetições estimulantes.

Por fim, no que respeita ao prognóstico salienta-se um estudo follow-up que mostrou que este está mais associado com a função psicossocial e com o quociente de inteligência do que com o subtipo diagnosticado, indicando, no entanto que tende a ser reservado (Mordre, Groholt, Knudsen, Sponheim, Mykletun & Myhre, 2012). Marques e Cepêda (2009) salientam que a aquisição da fala e um nível cognitivo normativo ou alto constituem-se indicadores de um melhor prognóstico.

4.2. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

O termo Deficiência Mental encontra-se desatualizado em resultado do seu constructo estigmatizante, sendo o conceito atual Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, de acordo com a Associação Americana para as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (Belo, Caridade, Cabral e Sousa, 2008). Por esta razão, ainda que a caracterização da patologia seja feita de acordo com o DSM-IV-TR, onde se encontra a designação de deficiência mental, optou-se pela denominação atual.

4.2.1. Prevalência e Etiologia

Quanto à prevalência da DID, Marcelli (2005) refere que nas crianças de idade escolar esta varia entre 1,5% e 5,5% segundo outros estudos. No que concerne à etiologia, a DID pode ter diferentes etiologias, que podem ser biológicas, psicossociais, ou biopsicossociais. No entanto, em cerca de 30-40% dos casos não é possível determinar uma causa bem identificada da DID, pelo que os limites da extensão da investigação etiológica devem ser definidos caso a caso (Amaral, Pinto, Pimentel, Martins e Vale, 2010). Sendo que, quanto maior o défice intelectual maior é a probabilidade de encontrar uma etiologia identificável (Amaral, et al., 2010; Marcelli, 2005). Por isso, encontra-se referido na literatura que a DID grave e profunda tem, na maior parte dos casos, etiologia biológica, em oposição à DID ligeira cuja etiologia é mais frequentemente ambiental e raramente biológica (Amaral, Pinto, Pimentel, Martins e Vale, 2010).

Tendo em consideração o exposto, é, portanto, no grupo da DID ligeira que o equilíbrio afetivo, a qualidade das relações com o meio, o peso dos fatores

socioeconómicos e culturais mais parecem desempenhar um papel crucial (Marcelli, 2005). Num estudo de Amaral e colegas (2010) em 185 crianças com DID foram identificadas 36 crianças cujos fatores ambientais adversos, associados à inexistência de fatores biológicos marcantes, contribuíram com elevada probabilidade para a instalação de um quadro de DID, maioritariamente de DID ligeira. Dentro deste grupo, em 8,22% o fator era relativo à disfunção da interação mãe e filho, já em 13,36% a toxicodependência parental surgia como fator principal e em 15,42% das crianças os fatores estavam relacionados com situações de carência económica grave e desorganização familiar, associando-se a falta de estimulação (Amaral, et al., 2010).

O grupo de crianças com DID ligeira, por norma, permanece sem diagnóstico até ao ingresso na escolaridade básica (Marcelli, 2005). De facto, é a compreensão acerca da incapacidade para aceder a uma estrutura de pensamento formal e que resulta numa limitação para a progressão escolar que vai desencadear a perceção acerca da necessidade de apoios especiais (Marcelli, 2005). O estudo de caso I (ver página 41) faz parte deste grupo.

4.2.2. Caracterização do diagnóstico

Segundo a DSM-IV-TR a Deficiência Mental (DID) define-se de acordo com um funcionamento intelectual global inferior à média ($Q.I. \leq 70$) associado ao défice ou incapacidade no comportamento adaptativo, cujos sintomas devem estar presentes antes dos 18 anos (APA, 2002). No que concerne ao défice intelectual existem quatro graus de gravidade, ligeira ($50 \leq Q.I. \leq 69$), moderada ($35 \leq Q.I. \leq 49$), grave ($20 \leq Q.I. \leq 34$) e profunda ($Q.I. \leq 19$), cada um com diferentes graus de funcionamento adaptativo e, consequentemente, diferentes necessidades e vários níveis de dependência de uma terceira pessoa (APA, 2002). As dificuldades comportamentais devem estar presentes em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, autonomia em casa, competências sociais e interpessoais, utilização dos recursos comunitários, iniciativa, responsabilidade e autocontrolo, saúde e segurança ou aptidões académicas, ou de trabalho e lazer (APA, 2002). As dificuldades no comportamento adaptativo devem ser refletidas tendo em consideração a idade da criança e o seu meio sociocultural (APA, 2002).

Na DID a existência de perturbações instrumentais é frequente, destacando-se as perturbações ao nível da linguagem e da motricidade, mas também défices de audição e visão (Marcelli, 2005). Quanto às dificuldades psicomotoras, referem-se os característicos défices ao nível do esquema corporal (Marcelli, 2005). Para além do exposto, a dispraxia nas crianças com DID pode ser caracterizada pela incapacidade ou grande dificuldade em executar determinadas sequências de gestos quotidianos (Marcelli, 2005), o que interfere não só com a plasticidade e a flexibilidade da planificação motora, mas também com o ajustamento às mudanças do meio envolvente (Fonseca, 2008). Por fim, a nível afetivo, revelam-se imaturas e inibidas no contacto com os outros, o que muitas vezes resulta em casos de isolamento do grupo de pares (Marcelli, 2005).

4.2.3. Alterações no DSM-5

Quanto às alterações no DSM-5, estas encontram-se ao nível da nomenclatura e dos critérios de diagnóstico. Em relação à primeira, esta altera-se para Dificuldade Intelectual, sendo que no futuro a designação mudará para Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, de acordo com o já atual sistema de classificação da WHO, a Classificação Internacional de Doenças (no original, International Classification of Diseases) (APA, 2013). O diagnóstico passa a basear-se no impacto dos défices do funcionamento adaptativo, em detrimento do QI. Neste sentido, o DSM-5 apresenta três domínios para o funcionamento adaptativo: conceptual (capacidades cognitivas), social (habilidades sociais) e prático (atividades de vida diária). De referir que, como no DSM-5 o sistema multiaxial não se verifica, a Dificuldade Intelectual será considerada como

qualquer outra perturbação mental (APA, 2013). A perturbação é considerada crónica e pode coocorrer com outras perturbações, nomeadamente, a PHDA, depressão e PEA. Quanto à idade de aparecimento dos sintomas, no DSM-5 referem-se ao período do desenvolvimento (APA, 2013), o que, considerando a idade limite (18 anos) do DSM-IV-TR não parece ser uma diferença significativa.

4.2.4. Intervenção Terapêutica e Prognóstico

No que diz respeito à intervenção com crianças com DID, Marcelli (2005) distingue a terapia psicomotora como apoio indispensável. Esta terá como objetivo, através de mediação corporal, a estimulação do desenvolvimento das atividades percetiva, simbólica e conceptual através de experiências sensoriomotoras com intencionalidade e consciencialização, envolvendo a expressão motora, gráfica, verbal, plástica, entre outras (Martins, 2001). Neste sentido, pela psicomotricidade pretende-se melhorar as funções mentais que estão em défice, a relação da criança com o meio envolvente e estimular a seu processo de maturação (CADIn, 2005).

4.3. Perturbação da aprendizagem da leitura e escrita

4.3.1. Prevalência e Etiologia

A prevalência das perturbações da aprendizagem está estimada em cerca de 2 a 10%, dependendo dos testes utilizados e do subtipo específico (APA, 2002). De acordo com um estudo retrospectivo, de uma das equipas do DPIA do HDE, o segundo motivo de consulta mais indicado eram as dificuldades de aprendizagem (Encarnação, Moura, Gomes, Da Silva, 2011).

Quanto à sua etiologia, não existe consenso entre os diversos investigadores, existindo, contudo, três fatores que são mais referenciados pela literatura: fatores fisiológicos, socioculturais e institucionais (Cruz, 2009).

4.3.2. Caracterização do Diagnóstico

As perturbações da aprendizagem da leitura e da escrita são diagnosticadas quando o rendimento da criança em testes padronizados e administrados individualmente se classifica a um nível inferior ao esperado para a sua idade cronológica, escolarização e Q.I (APA, 2002). Para diagnóstico é necessário verificar que os problemas de aprendizagem na leitura e na escrita interferem significativamente no rendimento escolar e/ou nas atividades da vida diária que exigem tais competências (APA, 2002). Na presença de um défice sensorial, se as dificuldades de aprendizagem forem excessivas às que lhe estão habitualmente associadas o diagnóstico é, também, atribuído (APA, 2002). As PALE devem ser diferenciadas de variações normais na aprendizagem académica e não devem ser consideradas quando parecem ser resultado de falta de oportunidades, de ensino desadequado ou de determinados fatores culturais e étnicos (APA, 2002).

Em particular na perturbação da leitura, também designada por dislexia, a leitura oral caracteriza-se por distorções, substituições ou omissões e quer a leitura em voz alta quer silenciosa caracterizam-se por lentidão e erros na compreensão (APA, 2002). Por seu lado, na perturbação da expressão escrita, geralmente existe uma combinação de dificuldades na capacidade do indivíduo de compor textos escritos, evidenciada por erros de gramática e pontuação dentro das frases, má organização dos parágrafos e múltiplos erros ortográficos (APA, 2002). Adicionando-se uma baixa capacidade para copiar ou para recordar sequências de letras em palavras comuns e, ainda, uma caligrafia difícil de perceber (APA, 2002). Este diagnóstico em geral não é dado quando existem apenas erros ortográficos ou fraca caligrafia, na ausência de outros prejuízos na expressão escrita (APA, 2002).

Segundo Fonseca (2008), como a criança com dificuldades de aprendizagem apresenta problemas na organização motora de base, como sejam a tonicidade, postura, equilíbrio e locomoção, vai também caracterizar-se por défices na organização psicomotora ligada à lateralização, direccionalidade, imagem do corpo, estruturação espaço-temporal e praxias. O autor postula que o défice de organização psicomotora estará relacionado com a dificuldade em integrar os dados da informação vestibular com a informação exteroceptiva, de forma a garantir uma organização adequada dos processos de elaboração, planificação, regulação, controlo e execução (Fonseca, 2008).

Assim, as crianças com dificuldades de aprendizagem tendem a apresentar dificuldades de ordem espaço-temporal, como memória de curto termo espacial e rítmica, problemas na imitação de gestos e dificuldades em verbalizar e representar a experiência motora (Fonseca, 2008). Da mesma forma que são observáveis dificuldades na organização praxica global e fina, cujo padrão pode variar desde a impulsividade à lentidão, com problemas na coordenação óculo-manual e óculo-pedal, na dissociação de movimentos globais e nas tarefas de apreensão, receção e propulsão de objetos (Fonseca, 2008). Em relação à noção corporal, a criança com DA, parece ter dificuldades em diferenciar funcionalmente e semanticamente as várias partes do corpo, bem como representar o seu corpo no espaço gráfico, podendo o desenho evidenciar problemas ao nível da forma, da perceção e dos detalhes (Fonseca, 2008).

4.3.4. Alterações nos critérios de diagnóstico segundo o DSM-5

A única alteração relaciona-se com a adição de especificadores para cada uma das perturbações (APA, 2013). Segundo o grupo de investigadores que trabalhou nesta área, a mudança serve para providenciar informação mais detalhada das características específicas da dificuldade de aprendizagem de cada indivíduo (APA, 2013)

4.3.5. Intervenção Terapêutica e Prognóstico

Na intervenção com crianças com dificuldades de aprendizagem, investigadores sugerem três tipos genéricos de intervenção, nomeadamente, farmacoterapia, psicoterapia intervenção reeducativa ou reabilitativa (Cruz, 2009). Neste sentido, insere-se a intervenção psicomotora que contribui diferencialmente por proporcionar uma “abordagem lúdica alternativa ao trabalho académico tradicional” (CADIN, 2005). A TPM nas dificuldades de aprendizagem baseia-se no desenvolvimento de aspetos subjacentes às aprendizagens, particularmente, a lateralidade, a estruturação espaço-temporal, a noção corporal, a praxia fina e a grafomotricidade. Assim, e paralelamente a uma estimulação multissensorial, permite criar situações motivantes para a criança, nas quais se estimula a atenção, a perceção, o planeamento e a memória (CADIN, 2005)

Quanto ao prognóstico a literatura refere que é muito variável, dependendo de vários fatores de risco e de proteção (Marques & Cepêda, 2009).

4.3. Perturbações da Ansiedade

As perturbações da Ansiedade podem ser classificadas em Perturbação de Ansiedade de Separação (PAS), Perturbação de Ansiedade generalizada (PAG), Perturbação de Ansiedade Social/Fobia Social, Fobias Específicas e Perturbação de Pânico, com ou sem agorafobia (Crujo e Marques, 2009). Neste subcapítulo serão caracterizadas em maior detalhe as referentes ao estudo de caso II (ver página 57), PAS e PAG.

4.3.1. Prevalência e Etiologia

As perturbações da ansiedade apresentam uma prevalência estimada entre 4 a 20% (Crujo e Marques, 2009). De acordo com Goodman e Scott (2005) são o segundo grupo mais comum de perturbações na primeira e segunda infância. Destacando-se o facto de terem uma prevalência superior à perturbação de hiperatividade e défice de

atenção e às perturbações depressivas (Goodman & Scott, 2005). O género feminino é o principal afetado pelas PA (Krain, Ghaffari, Freeman, Garcia, Leonard & Pine, 2007; Turk, Graham, Verhulst, 2007), considerando-se a idade pré-pubertária como especialmente vulnerável (Krain et al., 2007). Destaca Tonge (2009) os períodos de transição escolar como requerentes de uma especial atenção por aumentar a prevalência da ansiedade, nomeadamente entre a pré-primária e o primeiro ciclo e as transições entre os restantes ciclos. De acordo com um estudo retrospectivo entre 2004 e 2007 de uma das equipas do DPIA do HDE, as perturbações de ansiedade destacam-se enquanto grupo de perturbações com maior prevalência, dentro do grupo de problemas emocionais (Encarnação, Moura, Gomes, Da Silva, 2011). Encontrando-se este diagnóstico sindrómico em 24,8% dos casos (Encarnação et al., 2011).

De destacar que as PA, em 50% dos casos estão associadas a situações comórbidas, sendo a coocorrência mais comum a de outra PA e, seguida, uma perturbação depressiva (Krain et al., 2007). Esta questão é de grande importância pela implicação ainda maior que provocam na vida da criança ou do adolescente (Crujo & Marques, 2009).

No que concerne à etiologia das PA, ao que parece estão implicados fatores sociofamiliares - como a existência de padrões de funcionamento familiar desajustados - e constitucionais, tais como genéticos ou de temperamento (Crujo & Marques, 2009). Através da literatura é possível destacar alguns dados relevantes, como a maior probabilidade do surgimento da patologia em filhos de pais que tenham uma qualquer perturbação da ansiedade (Goodman & Scott, 2005), sendo que esta transmissão, considerando o funcionamento familiar, pode decorrer por modelagem e aprendizagem (Goodman & Scott, 2005) ou em resultado da incapacidade dos cuidadores em diminuir reações de medo (Turk et al., 2007). Acrescenta-se o facto de que determinadas situações negativas podem influenciar o despoletar dos sintomas psicopatológicos, de acordo com o poder cumulativo (Crujo & Marques, 2009). Autores sublinham ainda que um temperamento inibido e tímido parece mais vulnerável a desenvolver sintomas ansiogénicos (Goodman & Scott, 2005; Turk et al., 2007).

4.3.2. Caracterização do Diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada

A PAG é um diagnóstico atribuído a indivíduos que, pelo menos, durante 6 meses experienciam sentimentos de ansiedade e preocupação persistentes e excessivos acerca de um conjunto de acontecimentos ou atividades que ocorrem em mais de metade dos dias (APA, 2002). As crianças com PAG tendem a preocupar-se excessivamente acerca das suas competências académicas e do seu desempenho (APA, 2002). Na evolução da sintomatologia a origem da sua preocupação pode passar constantemente de um tema para outro (APA, 2002). Para que o diagnóstico seja atribuído deve existir uma grande dificuldade em controlar a preocupação, bem como a existência de um qualquer sintoma adicional, sendo requerido três sintomas adicionais para adultos (APA, 2002). Os sintomas adicionais relacionam-se com agitação, fadiga fácil, dificuldades de concentração ou sensação de “mente vazia”, irritabilidade, tensão muscular e sono perturbado, podendo ser dificuldade em adormecer, capacidade para se manter a dormir ou sono agitado e insatisfatório (APA, 2002). As pessoas com PAG nem sempre conseguem classificar as preocupações como excessivas, porém existe a descrição de mal-estar subjetivo em resultado da constante inquietação (APA, 2002). Estes sintomas provocam um nível de angústia clinicamente significativa, percebendo o seu funcionamento social, escolar ou ocupacional ou outro, a um nível deficitário (APA, 2002). Um fator de exclusão tem a ver com a sintomatologia não poder estar associada com o uso ou abuso de substâncias ou com uma condição médica geral e o não ocorrer exclusivamente durante uma perturbação de humor, uma perturbação psicótica ou uma perturbação global do desenvolvimento (APA, 2002).

4.3.3. Caracterização do Diagnóstico de Perturbação de Ansiedade de Separação

A ansiedade perante a separação a figura de vinculação principal coexiste com o padrão de desenvolvimento infantil os seis meses e os três anos de idade, diminuindo a partir daí. Assim, adota contornos patológicos se aparece fora deste período, nomeadamente a partir dos seis anos ou quando as manifestações de ansiedade são demasiado intensas perante ou na antecipação da separação (Crujo & Marques, 2009). Por esta razão o DSM-IV-TR indica a necessidade de especificar quando tem início precoce, ou seja, antes dos 6 anos (APA, 2002).

Nos indivíduos com PAS o nível de ansiedade é excessivo e inadequado para o estágio de desenvolvimento em que se encontram e é relativo à separação de casa ou das pessoas a quem está fortemente vinculado (APA, 2002). Para o diagnóstico reque-se a manifestação de três sintomas de entre os oito em seguida expostos: angústia exagerada e recorrente quando ocorre se antecipa a separação, enorme preocupação acerca da possível perda das figuras de vinculação principais ou por tragédias que possam ocorrer ou pela possibilidade de um acontecimento que possa conduzir à separação, relutância persistente ou recusa em ir à escola ou outro local onde se prevê a separação ou medo excessivo em ficar sozinho em casa ou em adormecer sem estar próximo da figura de vinculação ou dormir fora de casa, existência de pesadelos frequentes em redor da temática da separação, e por fim, queixas repetidas de sintomas físicos em situações de separação, como dores de cabeça ou de estômago, náuseas ou vômitos (APA, 2002). Os sintomas devem ser presentes durante pelo menos 4 semanas (APA, 2002), tendo sido alterada a idade de aparecimento dos 18 anos para qualquer idade (APA, 2013). Os sintomas resultam em mal-estar clinicamente significativo ou um défice social, escolar ou laboral ou noutras áreas importantes da vida do sujeito (APA, 2002). A PAS constitui um fator de risco para um quadro de perturbação de pânico ou agorafobia na idade adulta (Krain, et al., 2007)

4.3.4. Alterações no DSM-5

De acordo com o DSM-5 a PAG e a PAS fazem parte do mesmo grupo, que é o das perturbações da ansiedade (APA, 2013). No manual anterior, a PAS estava incluída no grupo das Perturbações Normalmente Diagnosticadas na Infância e Adolescência, que com a atualização para o DSM-5 deixou de existir (APA, 2013). Os critérios de diagnóstico mantêm-se iguais para ambas.

4.3.5. Intervenção Terapêutica e Prognóstico

A primeira linha de intervenção pode ser através dos pais (Crujo & Marques, 2009). Estes podem tranquilizar a criança através de uma atitude firme e que transmita segurança, devem estimular a criança ou adolescente a procurar uma solução e a enfrentar o problema, pois o evitamento excessivo das situações ansiogénicas não é aconselhável, isto de acordo com as capacidades de adaptação de cada um (Marques & Cepêda, 2009).

A terapia psicomotora está indicada para aqueles que apresentam dificuldades na resolução de conflitos em termos de representação mental, como o são as crianças com perturbações emocionais (Raynaud, et al., 2007), neste caso, perturbações da ansiedade. Pois, a TPM utiliza o jogo simbólico como forma de integração das pulsões e dos afetos, mas também como ponte para a expressão corporal e verbal (Raynaud, et al., 2007). O jogo pode ser o mediador entre o que se sente, pensa e a ação ou a expressão corporal (Raynaud, et al., 2007). A vivência e consciencialização de que se tem a capacidade para a resolução dos problemas permite atenuar os sintomas de externalização, mas também, e no caso das PA, os sintomas de internalização. A

simbolização aparece, então, como um trabalho mental de transformação das pulsões e emoções em representações (Raynaud, et al., 2007)

Por fim, no que concerne à evolução da sintomatologia, autores apontam para um prognóstico relativamente bom (Turk et al., 2007; Harrington, 2002). Embora estudos prospectivos apontem para uma continuidade na vida adulta de uma PA ou Perturbação Depressiva (Goodman & Scott, 2005; Harrington, 2002).

4.4. Perturbação Reativa da vinculação

4.4.1. Prevalência e Etiologia

Sobre a prevalência da PRV, não há muita investigação, uma vez que não é muito frequente, não obstante, Queirós, Goldschmidt, Almeida e Gonçalves (2003) segundo um estudo prospectivo de três anos e considerando as crianças referenciadas à UPI por alterações do comportamento, constataram dentro deste grupo uma maior frequência das perturbações do afeto (45%), de onde se destacava uma percentagem de 13% de pacientes com o diagnóstico de PRV. Quanto à etiologia da PRV não há muito mais a acrescentar, uma vez que as razões que a desencadeiam fazem parte do próprio diagnóstico, de seguida caracterizado.

4.4.2. Caracterização do Diagnóstico

A Perturbação Reativa da Vinculação (PRV), segundo o DSM-IV-TR, manifesta-se por relações sociais marcadamente perturbadas na maioria dos contextos e inadequadas para o nível de desenvolvimento do indivíduo, cujo início decorre antes dos 5 anos de idade (APA, 2002). A PRV relaciona-se com cuidados patológicos específicos, como o abuso físico, a negligência ou outros problemas relacionais entre pais e filhos (APA, 2002). Segundo o mesmo manual é possível distinguir entre dois padrões clínicos: o tipo inibido e o tipo desinibido (APA, 2002). O primeiro caracteriza-se incapacidade persistente para iniciar ou responder à maioria das interações sociais através de um estilo de interação excessivamente inibida e hipervigilante ou com respostas altamente ambivalentes, i.e. a criança pode responder aos cuidadores com um misto de aproximação e evitamento ou resistente aos cuidados ou colo afetivo (APA, 2002). Por outro lado, o segundo é descrito através de um padrão de vinculações difusas, revelando sociabilidade indiscriminada com acentuada incapacidade para manifestar vínculos seletivos inadequados o que resulta na falta de seletividade na escolha das figuras de relação, i.e. a criança pode mostrar excessiva familiaridade com estranhos (APA, 2002).

Quanto aos cuidados patológicos que dão origem à sintomatologia descrita, estes manifestam-se com pelo menos uma das seguintes características: (1) Negligência permanente das necessidades, como conforto, estimulação e afeto. (2) Negligência permanente das necessidades físicas básicas da criança. (3) Mudanças repetidas da pessoa que trata primariamente da criança, o que impede a formação de vínculos estáveis (APA, 2002).

No diagnóstico de PRV é preciso determinar se esta é melhor explicada pela presença de atraso no desenvolvimento, como na Deficiência Mental, ou por uma PGD (APA, 2000). Nestes casos, o diagnóstico de PRV não é atribuído, presumindo-se que os comportamentos alterados são desencadeados pelas características da patologia (APA, 2002).

No que concerne à sintomatologia, em crianças com vinculações inseguras registam-se comportamentos antissociais na infância, levando-as a destruir objetos e a magoar os outros sem ficarem com remorsos (Rygaard, 2006). Nestas crianças observa-se também uma reduzida capacidade de aprendizagem, nomeadamente uma incapacidade para focar a atenção (Rygaard, 2006). A criança poderá também ocorrer em comportamentos de vinculação não seletivos, evidenciando comportamentos de sedução ou mostrando-se confiante perante pessoas que acaba de conhecer (Rygaard,

2006). Quanto à emergência de sintomas psicopatológicos, uma vinculação insegura - ambivalente pode funcionar como um fator de risco para o aparecimento de problemas de internalização, como isolamento e inibição emocional (Soares, Martins & Tereno, 2007) registrando-se também um baixo nível de resistência à frustração, ausência de estratégias adaptativas em situações de stress (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005), e comportamentos exacerbados de manifestações de emoções, associados a dificuldades na gestão da ansiedade. Por seu lado, uma vinculação insegura-evitante está mais relacionada com problemas de externalização, nomeadamente agressividade e comportamentos antissociais (Soares, et al., 2007).

4.4.3. Alterações no DSM-5

Quanto às alterações presentes no DSM-5, realça-se a alteração da secção de Perturbações da primeira ou segunda infância para a categoria de Trauma e Perturbações relacionadas com um agente stressor (Trauma - and Stressor – Related Disorders) (APA, 2013). Para além do exposto, no novo manual os subtipos inibido e desinibido, dão origem a perturbações distintas. Pois embora a etiologia permaneça, as duas perturbações diferem em aspetos importantes (APA, 2013). Segundo a APA (2013) o tipo inibido relaciona-se mais com problemas de internalização, acabando por ser essencialmente equivalente a uma falta de ligação ou uma vinculação incompleta entre a criança e o adulto cuidador. Em contraste, o tipo desinibido mostra um tipo de ajuste social que pode assemelhar-se à PHDA, podendo ocorrer em crianças que ter estabelecido relações vinculares, algumas até de um padrão seguro (APA, 2013).

4.4.5. Intervenção terapêutica e Prognóstico

No que diz respeito à intervenção terapêutica Queirós, Goldschmidt, Almeida e Gonçalves (2003), técnicas da UPI, referem que esta deve consistir essencialmente na promoção da capacidade de mentalização, de acordo com o que defende Fonagy (1998). O autor indica que o facto de a mãe perceber a criança como um ser intencional, auxilia no estabelecimento de uma vinculação segura, necessária para o desenvolvimento da identidade do indivíduo e da tal capacidade de mentalização (Fonagy, 1998). Esta habilidade revela-se um fator de promoção da resiliência e da inibição de comportamentos antissociais (Queirós et al., 2003). Assim, a intervenção terapêutica pode e deve centrar-se na aliança terapêutica, considerando-a no rol das dificuldades de base (Queirós et al., 2003). Neste sentido, o terapeuta tanto quanto possível, deve ir ao encontro do desejo do paciente de uma base segura; entrar na exploração das suas perceções; estar disponível para a perceção que o paciente tem de si; e tentar reconhecer sinais de ansiedade ou irritabilidade no paciente (Ainsworth, 1989), para que a criança possa sentir-se contida e segura. De acordo com a mesma linha orientadora de intervenção, Almeida (2008) fala acerca da psicomotricidade relacional como terapia nas perturbações da vinculação. Uma vez que a TPM intervém nos aspetos arcaicos do desenvolvimento infantil, através do trabalho de incidência postural e de diálogo tónico-emocional (Raynaud, et al., 2007). A estimulação da atividade motora e de experiências sensoriais podem servir de base para os processos de diferenciação evolutiva e, conseqüentemente, dar origem a uma organização corporal e psíquica mais elaborada em crianças cujas interações precoces se revelaram perturbadoras (Raynaud, et al., 2007).

Quanto ao prognóstico, é preciso considerar que a idade do estabelecimento da vinculação, segundo Bowlby (1988), acontece nos primeiros meses de vida. O mesmo autor referia que na estabilidade dos laços entre o bebé e o criador, a relação não é substituída por outra. Porém, se durante o desenvolvimento ocorrerem ruturas nas relações de vinculação, é possível que decorra uma nova reorganização interna, se surgir uma nova figura de vinculação (Bowlby, 1979). Num estudo de Veríssimo e Salvaterra (2006) em que a qualidade da vinculação foi avaliada em crianças adotadas não foi

verificada relação entre a idade e a qualidade da relação, o que significa que a criança pode estabelecer uma relação significativa durante os primeiros anos de vida.

Portanto, e tal como a APA indica, crianças com PRV podem apresentar melhorias consideráveis se receberem suporte relacional e envolvimento adequado, atempadamente (APA, 2002).

4.5. Perturbação do Comportamento

4.5.1 Prevalência e Etiologia

Um estudo retrospectivo de uma das equipas do DPIA, do Hospital D. Estefânia, indicou que os problemas de comportamento são o motivo mais referenciado nas consultas de pedopsiquiatria, atingindo 30% dos casos atendidos (Encarnação, et al., 2011). De acordo com a APA (2002) a prevalência da Perturbação do Comportamento (PC) no género masculino e para indivíduos menores de 18 anos varia entre 6 a 16%, enquanto para o género feminino a taxa difere entre 2 a 9%.

A etiologia e desenvolvimento e a consistência das PC do comportamento pode ser explicada pelo efeito cumulativo e interativo entre fatores genéticos e ambientais (Moffitt & Scott, 2010). Neste sentido, no DSM-IV-TR encontra-se referência a rejeição e negligência parental, temperamento difícil quando bebé, estilo parental disfuncional, abuso físico ou sexual, falta de supervisão, institucionalização nos primeiros anos de vida, ausência de uma figura vinculativa, aprendizagem social e amizade com outras crianças ou adolescentes com perturbações do comportamento e existência de determinados tipos de perturbação mental parental (APA, 2002).

4.5.2. Caracterização do Diagnóstico

A característica essencial da PC é o padrão repetitivo e persistente do comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou as normas e/ou regras sociais importantes e apropriadas à idade (APA, 2002).

Os critérios de diagnóstico dividem-se em quatro tipos: agressão a pessoas ou animais, Destruição de propriedade, falsificação ou roubo e violação das regras (APA, 2002). No primeiro encontram-se especificados os seguintes comportamentos: com frequência insulta, ameaça ou intimida as outras pessoas; com frequência inicia lutas físicas, utilizou uma arma que pode causar graves danos físicos aos outros; manifestou crueldade física para com as pessoas ou para com animais, roubou e confrontou a vítima e forçou alguém a uma atividade sexual (APA, 2002). No segundo são indicados comportamentos relacionados com a destruição dos pertences de outros através do uso de fogo ou outros meios (APA, 2002). No terceiro, os comportamentos descritos tem que ver com o ter assaltado a casa, a propriedade ou o automóvel de outra pessoa, com mentiras frequentes para obter ganhos ou favores ou evitar obrigações e com o ter roubado pertences, mas sem o confronto com a vítima (APA, 2002). Por fim, o quarto tipo refere-se a fugas frequentes de casa, em situações de proibição parental, antes dos 13 anos de idade, a fugas de casa durante a noite, em pelo menos duas vezes, enquanto reside com os pais ou outra pessoa substituta, ou uma vez, quando a fuga se prolongou e ainda a faltas frequentes à escola, com início antes dos 13 anos (APA, 2002). O diagnóstico é estabelecido quando três dos comportamentos identificados se manifestam durante os últimos 12 meses, estando um deles presente nos últimos 6 meses (APA, 2002).

A PC causa prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, académico ou ocupacional e a perturbação pode ser diagnosticado em indivíduos com mais de 18 anos, na condição de os critérios para Perturbação da Personalidade Anti-Social não serem satisfeitos (APA, 2002). O padrão de comportamento em geral está presente numa variedade de contextos, tais como em casa, na escola ou comunidade.

Na PC são identificados dois subtipos, de acordo com a idade de início dos sintomas ser antes dos 10, Tipo com início na infância, ou ter início posterior Tipo com início na adolescência (APA, 2002). O diagnóstico identifica ainda três níveis de gravidade, leve, moderado e severo de acordo com o impacto dos seus comportamentos nos outros (APA, 2002).

Nestas pessoas a autoestima é, caracteristicamente, baixa, embora tentem projetar a imagem contrária, associando-se fraca tolerância à frustração e irritabilidade fácil com acessos de raiva (APA, 2002). Neste sentido, Santos (1953, in Branco, 2010) refere que muitas vezes estas crianças, perante a violência a que estiveram sujeitas, encontram como única resposta de ação os comportamentos rebeldes e desafiantes que lhes associam. Os quais, embora dando sensação de poder face ao adulto escondem fragilidades que muitas vezes se situam em estádios mais regressivos, do que a fase etária em que se encontram (Santos, 1953, in Branco, 2010).

4.5.3. Alterações nos critérios de diagnóstico segundo o DSM-5

A principal alteração refere-se ao grupo em que a PC estava incluída. No DSM-5 surge uma nova categoria, Perturbações Disruptivas, do Controlo do Impulso e da Conduta, que integra a Perturbação de Oposição e Desafio, a Perturbação do Comportamento e a Perturbação do Comportamento Disruptivo SOE que integravam o conjunto de Perturbações Normalmente Diagnosticadas na Infância e Adolescência, que deixou de existir, e inclui as perturbações que no DSM-IV-TR eram listadas na categoria Perturbações do Controlo de Impulso SOE (APA, 2013). Esta mudança deve-se ao fato destas perturbações serem todas caracterizadas por problemas de controlo emocional e comportamental. De referir que a PHDA, embora apresente coocorrência frequente com as perturbações deste novo capítulo é listada nas Perturbações do Neurodesenvolvimento (APA, 2013). Especificamente em relação à PC foi adicionado um especificador, relacionado com as limitações nas emoções pró-sociais, presentes em alguns indivíduos que preenchem todos os critérios de diagnóstico (APA, 2013).

4.5.4. Intervenção Terapêutica e Prognóstico

De acordo com Moffitt e Scott (2010) as crianças com perturbações do comportamento são altamente indicadas para uma intervenção integrada que atue sobre os vários contextos em que a criança interage de forma problemática. Tal indicação é justificada por duas razões. Em primeiro lugar porque a criança com PC tem elevada probabilidade de vir a experienciar sintomas mais graves ao longo do tempo se não for alvo de intervenção atempada (Moffitt & Scott, 2010), como insucesso escolar, exclusão social, delinquência e/ou abuso de substâncias (Moutinho, 2012) e, em segundo lugar, porque a sua etiologia deriva de vários fatores que podem estar presentes nos diferentes contextos e que, por isso, requerem alterações (Moffitt & Scott, 2010). Neste sentido, a intervenção pretende-se que decorra junto da família, através de terapia familiar, orientação parental ou programas de treino parental; na escola, divulgando estratégias aos professores e demais técnicos da comunidade escolar; individualmente, onde a terapia se deverá focar no treino de competências sociais, em estratégias de resolução de problemas e em capacitar a criança ou adolescente com formas de exteriorização alternativas (Moffitt & Scott, 2010). Neste sentido, as sessões de psicomotricidade destacam-se como prática terapêutica indicada, por garantirem um espaço seguro e contendor no qual, através do jogo espontâneo e simbólico, as crianças “aprendem a transformar as sensações, os atos e os afetos em pensamentos, projetos e palavras” (Moutinho, 2012).

Quanto ao prognóstico, autores referem que é muito variável, dependendo da gravidade e do número e tipo de sintomas (Marques & Cepêda, 2009). Neste sentido, os casos com início precoce, sintomas múltiplos, de gravidade moderada a severa e

disfunção familiar coexistente, podem evoluir para perturbações de personalidade na idade adulta (Marques & Cepêda, 2009).

5. Instrumentos utilizados na avaliação psicomotora

A avaliação psicomotora deve englobar em primeiro lugar uma entrevista aos pais ou tutores legais responsáveis pela criança e, em seguida uma exploração acerca das funções psicomotoras (Boscaini, 2012; Costa, 2008). O exame psicomotor deve então constituir-se de instrumentos formais e/ou escalas de aferição do desenvolvimento que investiguem objetivamente a intensidade e frequência dos sintomas (Boscaini, 2012) e que assim permitam aferir cientificamente o nível de eficácia do tratamento conduzido (Rivière, 2010). Paralelamente, deve incidir-se sobre a avaliação das relações afetivas e da comunicação intra e interpessoal, onde se requerem momentos de observação espontânea (Boscaini, 2012).

As avaliações foram pensadas para poderem ter dados quantitativos, necessários para com maior fiabilidade verificar se existiam melhorias significativas, e qualitativos, fundamentais para melhor compreender a informação quantitativa, mas também para analisar outros aspetos, como as relações ou as emoções em sessão. Neste sentido, foram utilizados instrumentos que privilegiam a informação qualitativa - a Entrevista Clínica e a Observação Psicomotora Informal, e instrumentos dirigidos para a obtenção de dados quantitativos, ainda que possibilitando grande riqueza ao nível de informação subjetiva – a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1975; 2007), a Behaviour Assessment Scale for Children, de Reynolds & Kamphaus (1992) e o Draw-a-Person, de Naglieri, (1988). No presente subcapítulo pretende-se a caracterização dos mesmos.

5.1. Entrevista

A entrevista é a primeira forma de avaliação cujo objetivo é a recolha de dados anamnésica, à qual se segue a avaliação das funções psicomotoras (Almeida, 2008). Nos primeiros contactos com os pais é importante recolher dados relativos às condições de vida da família, às dificuldades passadas e presentes, ao contexto relacional, aos acontecimentos importantes (separações ou lutos), desenvolvimento da primeira infância (somático, psicomotor, linguístico, cognitivo, afetivo-relacional), ao desenvolvimento das grandes funções (sono, alimentação, autonomia) e das relações com o meio (com os pares, educadores, ou outros) (Almeida, 2008). Logo, é necessário um conhecimento aprofundado do desenvolvimento normal da criança (Marcelli, 2005). Para Balouard (2008) a qualidade dos primeiros contactos é determinante para a relação terapêutica em termos de investimento mas também de intensidade de interação.

Os estilos de condução da entrevista podem ser diferentes, caracterizando-se de forma estruturada, semiestruturada e livre. No local de estágio as entrevistas parecem ser predominantemente do estilo semiestruturado. Nas entrevistas o psicomotricista orienta-se por um guião de entrevista que tem presentes algumas questões que correspondem a conteúdos sobre os quais quer obter informações (Almeida, 2008). Ainda assim, não há uma ordem específica para as colocar, fazendo parte da própria técnica da entrevista fazer alternar o livre discurso dos pais com os tópicos pensados anteriormente (Marcelli, 2005). Este tipo de entrevista requer a mistura de uma atitude de questionamento, principalmente no início, com uma atitude de exploração, sempre que aparece um conteúdo importante (Balouard, 2008). O terapeuta deve mostrar-se compreensivo e incentivar os pais a explicar e analisar o que disseram (Balouard, 2008). Neste sentido, a melhor forma de obter informação consiste na atitude do terapeuta que deve preocupar-se em ser facilitador, reformular e resumir, tendo atenção para não repetir e neutro, porém benevolente, ou seja, conseguir dirigir a entrevista, mas também permitir que esta seja conduzida pelos pais (Balouard, 2008).

5.2. Observação Psicomotora Informal

De acordo com Saint-Cast (2004) a observação em psicomotricidade é reveladora do estado dos principais processos de desenvolvimento, maturação e adaptação do observado. Tal percepção deriva da análise acerca de como a criança conhece o seu corpo e o utiliza no tempo e no espaço e como se relaciona com os objetos e com os outros (Costa, 2008).

A observação informal torna-se insubstituível pela possibilidade de compreensão acerca das potencialidades da criança, algo que os testes mais padronizados não permitem (Boscaini, 2012). Adicionalmente, estabelecendo-se a psicomotricidade como uma “clínica do olhar”, a observação emerge na sessão de avaliação enquanto ato psicomotor que favorece os processos integrativos das competências no interior de um contexto comunicativo (Boscaini, 2012). A observação do paciente deve incluir um olhar funcional que vê e regista sem interpretar, tal como um olhar emocional e relacional que considera o sentido comunicativo consciente e inconsciente, promovendo uma liberdade de expressão que desencadeia desejo de ação (Boscaini, 2012).

Portanto, pode entender-se que a observação psicomotora informal permite definir a personalidade psicomotora da criança (Costa, 2008), situando o produto motor observado no contexto global da personalidade e da história corporal do sujeito (Raynaud, et al., 2007).

De forma a direcionar e apoiar a observação psicomotora em sessão foi utilizada a grelha de observação que se apresenta em seguida.

5.2.1. Grelha de Observação do Comportamento

A GOC é uma grelha de observação, desenvolvida pelos estagiários do núcleo de estágio de psicomotricidade em saúde mental, no âmbito dos estágios em Reabilitação Psicomotora da FMH, sob orientação do Professor Doutor Rui Martins. A grelha destina-se ao registo de comportamentos do indivíduo, ao longo da intervenção, tendo sido utilizada como meio para direcionar a observação em sessão e auxiliar na escrita dos relatórios individuais após as sessões de intervenção.

A GOC pretende uma abordagem qualitativa, considerando critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos, não está limitada a nenhuma faixa etária ou condição biopsicossocial. Os seus objetivos são o registo de comportamentos observados em momentos determinados da sessão, a uniformização dos comportamentos alvo a ter em especial atenção e a comparação a critério da evolução comportamental e psicomotora. A grelha é constituída globalmente por cinco domínios que se desdobram em categorias e itens diferenciados: aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho na realização das tarefas, relação, e aspetos psicomotores.

5.3. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, 1975

A Bateria Psicomotora é um instrumento baseado nos sete fatores psicomotores e que se constitui por um conjunto variado de atividades, sendo dirigido para crianças entre os 4 e os 12 anos de idade (Fonseca, 2007). A sua origem data de 1975, sendo a sua publicação mais recente de 2007.

A sua aplicação procura analisar de forma dinâmica o perfil intra-individual de competências psicomotoras da criança, podendo também servir enquanto dispositivo clínico (Fonseca, 2007). A BPM assente na premissa de que as problemáticas ao nível psicomotor se espelham enquanto dificuldades de aprendizagem, permite, ao estabelecer uma análise qualitativa do nível prático, a deteção e identificação de tais défices (Fonseca, 2007). Embora não constituindo um instrumento de referência à norma, quando aplicada cuidadosamente, tem demonstrado grande utilidade e viabilidade (Fonseca, 2007).

As tarefas que constituem este instrumento estão distribuídas pelos sete fatores psicomotores, que se dividem em vários subfatores, à exceção da lateralização. Assim, a Tonicidade é constituída pela extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinesias. A Equilibração divide-se em imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico. A Noção do Corpo avalia-se de acordo com o sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo. A Estruturação Espaço-Temporal divide-se em organização espacial, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica. A Praxia Global é constituída pela coordenação oculo-pedal e oculo-manual, dismetria e dissociação. Por fim, a Praxia Fina é avaliada através da coordenação dinâmica manual, da capacidade para tamborilar e de duas tarefas de velocidade-precisão. De referir que alguns itens são iguais para todas as idades, enquanto outros são diferentes para idades pré-escolares e para idades escolares (Fonseca, 2007). Para além das tarefas subjacentes aos fatores psicomotores ainda apresenta itens relativos ao aspeto somático, a desvios posturais, ao controlo respiratório e ao nível de cansaço durante a realização das atividades (Fonseca, 2007).

A cotação estabelece-se numericamente, contando com quatro níveis diferentes: (1) apraxia, que diz respeito a uma realização imperfeita, incompleta e descoordenada; (2) dispraxia, que se remete para uma realização com dificuldade de controlo; (3) eupraxia, que tem a ver com uma realização adequada e controlada; (4) hiperpraxia, relacionada com uma realização harmoniosa. Após a cotação apura-se o valor total através da sua soma aritmética, cujo total máximo é de 28 pontos e o mínimo é de 7 pontos (Fonseca, 2007). No entanto, embora seja considerável e apurável um valor numérico a BPM procura avaliar dinamicamente o potencial humano de aprendizagem de cada criança. Assim, o seu uso durante o estágio não contou obrigatoriamente com a aplicação e cotação de todos os itens, mas sim como base para a observação psicomotora ao longo do tempo e como suporte no planeamento dos projetos de intervenção e respetiva redação de objetivos.

5.4. Behaviour Assessment Scale for Children de Reynolds e Kamphaus, 1992

A BASC é um instrumento de avaliação formal e multidimensional do comportamento e auto-perceção, indicado para indivíduos entre os 4 e os 18 anos de idade (Reynolds & Kamphaus, 1992). A escala inclui cinco métodos de recolha de informação, que podem ser utilizados de forma individual ou combinada (Reynolds & Kamphaus, 1992). Os primeiros divergem numa versão para pais e noutra para os professores, cujo objetivo é o conhecimento acerca da perceção destes sobre os comportamentos observáveis da criança. Os segundos avaliam as emoções e perceções do próprio (Reynolds & Kamphaus, 1992). No caso específico deste estágio foram usados os questionários de hétero e autoavaliação na versão traduzida e adaptada de Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins e Santos (2001).

Este instrumento foi concebido com o objetivo de simplificar a classificação diagnóstica e educacional de uma variedade de perturbações emocionais e do comportamento, bem como auxiliar na elaboração dos respetivos planos terapêuticos (Reynolds & Kamphaus, 1992). A BASC apresenta fiabilidade mesmo na utilização individual de cada método de recolha de informação (Reynolds & Kamphaus, 1992). No que diz respeito à consistência interna, as escalas apresentam consistência entre géneros e faixas etárias, e entre as respostas parentais e dos professores, permitindo também uma comparação ao longo do tempo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

As escalas de heteroavaliação distinguem-se por três faixas etárias, pré-escolar (4-5), crianças (6-11) e adolescentes (12-18), com ligeiras diferenças na composição das subescalas (Reynolds & Kamphaus, 1992). O questionário baseia-se na descrição de comportamentos a serem cotados segundo a sua frequência em quatro níveis: 0-Nunca,

1-Ocasionalmente, 2-Frequentemente, e 3-Sempre e permite estabelecer um perfil clínico e um adaptativo (Reynolds & Kamphaus, 1992). O primeiro divide-se em componente dos problemas exteriorizados, da qual fazem parte as escalas agressividade, hiperatividade e problemas do comportamento; componente dos problemas internalizados, que se constitui pelas escalas ansiedade, depressão e somatização; a componente dos problemas escolares que conta com as escalas problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem; e ainda as subescalas atipicidade e tendência para o isolamento (Reynolds & Kamphaus, 1992). O perfil adaptativo é constituído pela componente das competências adaptativas da qual fazem parte as subescalas adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo. Em todas as versões existe o índice de sintomas comportamentais que mede o valor global das escalas clínicas (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A escala de autoavaliação está destinada a duas faixas etárias distintas, para crianças dos oito aos onze anos que é constituída por doze subescalas e para adolescentes, dos doze aos dezoito anos e que é composta por catorze subescalas (Reynolds & Kamphaus, 1992). Em substituição do índice de sintomas comportamentais existe, o índice de sintomas emocionais que considera tantas as escalas clínicas como as adaptativas. O questionário baseia-se num conjunto de frases às quais a criança tem de atribuir uma cotação entre verdadeiro e falso (Reynolds & Kamphaus, 1992). Os perfis resultam, no global, de diferentes componentes referentes a desajustamento clínico, que se divide nas escalas ansiedade, atipicidade, locus de controlo, stresse social e somatização; na componente de desajustamento escolar que consiste nas escalas atitudes na escola e com os professores, na componente outros problemas que alberga as escalas depressão e sentimento de inadequação, e, por fim, a componente de ajustamento pessoal, referente às escalas relações com os pais, relações interpessoais, autoestima e autoconfiança (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A leitura dos perfis deve considerar que para um perfil clínico valores maiores relacionam-se com índices comportamentais mais preocupantes, classificando-se valores iguais ou superiores a sessenta como estando em risco e valores iguais ou maiores que setenta como clinicamente significativos (Reynolds & Kamphaus, 1992). Por seu lado, o perfil adaptativo constitui-se uma medição positiva, pelo que valores menores predizem preocupação clínica, assim valores iguais ou menores que quarenta designam-se como estando em risco e valores iguais ou menores que trinta como clinicamente significativos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC encontra-se traduzida para português de Portugal, mas não está aferida à população portuguesa. Em resultado, a análise dos perfis foi realizada com muita precaução, não só pela subjetividade inerente ao questionário, mas também e principalmente porque não se encontram aferidos para a população portuguesa. Neste sentido, valores considerados clinicamente significativos ou em risco, foram analisados considerando a expressão sintomática em sessão, a similaridade da expressão sintomática em ambos os contextos (casa e escola) e a informação obtida na reunião com a família e com o pedopsiquiatra responsável.

O processo de envio dos questionários da BASC para os professores foi possível através da participação dos pais que conduziram o questionário nas duas direções, este era anexado a uma carta elaborada pela estagiária (ver Anexo II).

5.5. Draw-a-Person de Naglieri, 1988

O DAP é um sistema de pontuação quantitativa, aplicado ao desenho da figura humana, possível de ser utilizado como medida de estimativa do nível de desenvolvimento cognitivo por meio não-verbal (Naglieri, 1988). Consiste na execução gráfica de três provas, o desenho do homem, da mulher e próprio indivíduo, dirige-se a crianças dos 5 aos 17 anos de idade e pode ser aplicado individualmente ou em grupo (Naglieri, 1988).

O DAP foi desenvolvido de acordo com diferentes objetivos. O primeiro com o consistir numa medida de avaliação não-verbal de competências, em tempo relativamente curto. De seguida, o facto de poder servir tanto como parte de um conjunto de testes como para despiste, isoladamente (Naglieri, 1988). Outro dos objetivos relaciona-se com o proporcionar de um sistema de cotação que reduz as influências da moda e da cultura (Naglieri, 1988). E por fim, a redução da subjetividade a par com o aumento da confiabilidade pela realização de 3 desenhos (Naglieri, 1988). Embora os resultados se encontrem padronizados, não o são para a população portuguesa, pelo que o seu uso deve ser cuidado e não assumido como efetivo. Ainda assim, salienta-se que foram comprovadas todas as realidades estatísticas, nomeadamente, validade, coerência intra-item e inter-item (Naglieri, 1988).

A cotação do DAP considera 14 parâmetros que se encontram divididos em diferentes categorias, importando a presença, detalhe e proporcionalidade, somando um ponto quando os anteriores estão presentes, e colocando de lado fatores como a precisão, o realismo e/ou a estética do desenho (Naglieri, 1988). Os critérios a avaliar são os braços, as ligações entre elementos, as roupas, as orelhas, os olhos, os pés, os dedos das mãos, o cabelo, a cabeça, as pernas, a boca, o pescoço, o nariz e o tronco (Naglieri, 1988).

Loureiro (2006) refere que durante a aplicação do desenho da figura humana é necessário prestar especial atenção as cores utilizadas pela criança, o tempo despendido na tarefa, que pode refletir o investimento e a impulsividade, a forma de preensão do lápis que se relaciona com a tonicidade, a lateralidade e a noção espacial através da forma como o desenho se encontra no espaço e como a folha é utilizada, assim como a expressão corporal e a coordenação.

O psicomotricista pode utilizar o DAP como instrumento para despistar, encaminhar e planear. Para tal, pensa-se que deve focar a importância de desenhar as figuras no seu todo, procurando, por meio de sugestão, o máximo de empenho possível, evitando controlar o tempo de uma forma demasiado rigorosa sob pena de que a criança se sinta pressionada.

6. Estudos de caso

Neste subcapítulo pretende-se a apresentação de dois estudos de caso, enquanto modelos exemplificativos das atividades de estágio propriamente ditas. Em primeiro lugar, a escolha dos dois estudos de caso deve-se à prevalência do seu diagnóstico de entre os casos atendidos, considerando apenas os casos com os quais o trabalho da estagiária decorreu de forma mais autónoma. A segunda razão relaciona-se com as dinâmicas de intervenção, ou seja, em resultado do confronto com a decisão acerca de qual a dinâmica mais apropriada para cada caso, pensou-se ser importante a exposição de dois casos cuja dinâmica fosse desigual. Assim, o primeiro caso a apresentar foi acompanhado em terapia individual, com a posterior integração em grupo, e o segundo caso manteve-se durante todo o percurso em sessões a par. Salienta-se que por questões éticas e de confidencialidade, os nomes das crianças foram substituídos por nomes fictícios, pelo que qualquer semelhança com a realidade é mera coincidência.

Para cada caso será distinguida a caracterização anamnésica individual e todo o percurso terapêutico constituído pela avaliação inicial, pelos instrumentos utilizados e as condições de aplicação, pelo perfil intra-individual, pelos objetivos, pela justificação do projeto elaborado, pela avaliação final e resultados e, por fim, por uma discussão e possíveis conclusões.

6.1. Estudo de Caso I

6.1.1. Caracterização anamnésica

O David é um menino nascido a 3 de novembro de 2004 e acompanhado na Clínica da Encarnação desde o dia 22 de Fevereiro de 2012, data da primeira consulta. O diagnóstico atribuído é de Perturbação Global do desenvolvimento em comorbilidade com Perturbação da aprendizagem da leitura e da escrita, no eixo I³, perturbação de doença mental, no eixo II, dismorfia – macrocefalia, no eixo III, e pais em conflito, no eixo IV. De referir que, para além da macrocefalia não ser evidente, segundo Peñas e Andújar (2007) a grande maioria das pessoas com macrocefalia não tem anomalias neurológicas associadas, representando esta condição apenas uma variante da normalidade.

O pedido de consulta foi efetuado pela mãe, por sugestão da professora titular de turma, em resultado das dificuldades de aprendizagem. Os principais motivos referidos pela mãe diziam respeito a dificuldades de adaptação, sendo que, se no início resistia apenas em ir para a escola, posteriormente passou a não quer sair de casa. Quanto às queixas, era mencionada uma dependência materna e isolamento dos pares, na escola e nos parques infantis. O início das queixas tinha como data a entrada na escola, em 2010. De referir que o menino entrou para a creche aos 18 meses, tendo até então ficado aos cuidados da mãe. A principal expectativa relacionava-se com o David vir a saber ler e escrever.

Quanto à história de desenvolvimento, a gravidez foi desejada, pela mãe, e assistida medicamente. No momento do nascimento e segundo a mãe, o pai ficou contente por ser um rapaz. Relativamente a acontecimentos perinatais e pós-natais não houve nada a assinalar. O início da locomoção deu-se pelos doze meses e o controlo dos esfíncteres decorreu por volta dos dois anos, tal como o desenvolvimento da linguagem, não sendo a mãe capaz de referir quais as suas primeiras palavras. Desta forma é possível afirmar que o desenvolvimento dos parâmetros mencionados desenvolveu-se de acordo com o padrão de desenvolvimento regular.

O sono é referido pela mãe como regulador. Contraditoriamente, a mesma, menciona que o menino tem muitos pesadelos e muitos medos à noite, o que também resultava numa grande resistência para adormecer. A autonomia e a socialização constituíam (na altura da primeira consulta) parâmetros com grandes dificuldades, não existindo amigos próximos e a presença da mãe era uma requisição constante.

No que respeita às relações familiares, estas são classificadas pela mãe do David como negativas. Os pais estão em conflito há vários anos e não se separam exclusivamente por dificuldades financeiras. A mãe mostra uma organização do pensamento depressiva, com choro frequente, quando em reunião com os técnicos, e expressão de sentimentos de baixa autoestima e de abandono. Esta, filha única é também órfã há vários anos, não conseguindo referenciar ninguém que a apoie, para além dos técnicos da comunidade escolar e da clínica da encarnação. O pai, que trabalha num restaurante à noite, é alcoólico, permanecendo num registo distante no que concerne às funções parentais. A relação do David quer com o pai quer com a irmã, doze anos mais velha, não era positiva, à data da primeira consulta.

Quanto a experiências traumáticas, o David esteve envolvido num acidente aos 5 anos. O menino estava ao colo da mãe e, na passeadeira, um carro bateu no pé da mesma, e esta partiu o tornozelo, ficando três dias hospitalizada, em resultado da cirurgia. O menino não caiu, mas observou toda a situação, a qual ainda hoje é recordada

³ O DSM-IV organiza o diagnóstico psiquiátrico num sistema multi-axial. O eixo I relaciona-se com perturbações do desenvolvimento e/ou da aprendizagem. O eixo II tem que ver com perturbações da personalidade ou deficiência mental. O eixo III considera condições médicas gerais. O eixo IV atenta em fatores ambientais ou psicossociais que contribuem para a perturbação. E O eixo V pode refletir uma avaliação global das funções.

pelos dois. De referir que durante o internamento da mãe, o marido cuidou dos filhos e estes foram visitá-la ao hospital.

Quanto a antecedentes familiares, regista-se um quadro de ansiedade da avó materna e alcoolismo do avô materno, não existindo dados da família paterna.

A história clínica do David regista duas hospitalizações aos oito meses e aos sete anos por períodos de seis e dois dias, respetivamente, alusivos a quadros de bronquiolite. O menino tem várias alergias e asma brônquica que requer medicação (zirtec e singulair).

O percurso escolar contou com um adiamento em 2009, dado ainda não ter completado os seis anos e por ter sido considerado pelas educadoras que ainda não tinham sido adquiridas as competências necessárias para o ingresso na escolaridade básica. Assim, em 2010 entra para o primeiro ano, sendo aprovado para o segundo ano onde acaba por reprovar, embora tivesse algum apoio da professora de educação especial. No ano da repetição do segundo ano, a professora titular de turma mudou, tendo esta sugerido à mãe um pedido de consulta na CE, visto que o menino usava ainda os livros do primeiro ano.

No que concerne ao percurso na clínica da encarnação, após a primeira consulta com o pedopsiquiatra, teve lugar uma avaliação psicológica e encaminhamento para a psicomotricidade em Setembro de 2012.

As dificuldades do David pareciam estar diretamente relacionadas com a desorganização familiar e com a eventual falta de estimulação adequada, atendendo à literatura referenciada (e.g. Amaral, et al., 2010; Marcelli, 2005) e ao facto de que o grau de DID era ligeiro. Da sua anamnese destaca-se a existência de pais em conflito permanente, a ausência de um quarto para si, de um espaço para brincar e fantasiar sem ser observado, de uma cama onde à noite pudesse aprender a superar os seus “monstros” e onde pudesse sonhar descansadamente. De facto, desde que nasceu que partilha o quarto com a mãe. Até aos seis anos, mãe e filho dormiram na mesma cama e por essa altura começaram a dormir em beliche. Tal como refere Ferreira (2002), a ausência de um quarto da criança é uma “catástrofe psicológica”, podendo desenvolver-se dificuldades a diferentes níveis ou insucesso escolar por inibição da vida mental, em resultado de um pensamento operacional, concreto e limitado e que é altamente potenciado pela confusão de gerações.

Em resultado da ausência paternal e de outras relações positivas entre o David e a família alargada, parece que se estabeleceu uma relação simbiótica da qual a mãe mostra ter muita dificuldade em se separar, sendo esta a convidá-lo para irem à casa de banho juntos. Segundo a mesma, ele não vai sozinho. Porém, reparou-se que no fim das sessões de psicomotricidade ele ia sozinho. Ainda assim, a mãe referia, como justificação, uma experiência traumática ocorrida no primeiro ano de escolaridade, em que o David foi trancado por um colega durante algum tempo na casa de banho da escola. De acordo com a mãe, este episódio deu origem à retenção fecal que requer a toma diária de laxantes. O que remete para uma decisão maternal, já que um padrão saudável de dejeções não significa que ocorram diariamente. Continuamente, a atitude da mãe contribuía para que outras capacidades não fossem desenvolvidas, nomeadamente no sentido da sua autonomia. Como por exemplo, a mãe não aceitar o tempo que ele demorava a vestir-se e por isso vesti-lo; não aceitar o tempo que ele demorava a comer e por isso, persistia em dar-lhe a comida à boca, como aliás referia que também faziam na escola; tal como outras situações que constituíam um entrave à socialização, como o trocar da camisola à frente de todos na sala de espera ou vestir-lhe collants cor-de-rosa no inverno, por baixo das calças, visíveis sempre que se sentava ou quando esticava os braços.

Ora, “poder pensar na escola, aprender, implica também pensar-se como ser autónomo” (Ferreira, 2002), situação que não acontecia. Ainda assim, e tal como João dos Santos (1991, in Branco, 2010, pag.256) adverte, é preciso não esquecer que “para

que a mãe estabeleça um bom relacionamento com o seu filho precisa de se sentir amada e protegida pelo pai da criança, mas precisa igualmente de se sentir integrada e acolhida no grupo familiar e comunitário de que faz parte, (...) para ter disponibilidade interior para se ocupar do filho”

Posto isto, as dificuldades indicadas na caracterização anamnésica sugeriam uma grande necessidade de estimulação e de cuidados por técnicos de saúde mental, num plano terapêutico que considerasse as dificuldades específicas da criança e que promovesse igualmente um acompanhamento à mãe.

6.1.2. Projeto pedagógico terapêutico

a) Caracterização Multidisciplinar: Equipa de Psicologia e Escola

A elaboração do perfil intra-individual contou com a informação recolhida através da avaliação psicomotora mas também com a informação fornecida pela equipa de psicologia e pela professora titular de turma, apresentando-se de seguida os respetivos resumos.

Quanto à informação cedida pela equipa de psicologia, esta reporta para um bom desenvolvimento estado-ponderal, um comportamento desadequado e grande lentidão na execução das atividades. Um Q.I. de 79 pontos, o que equivale qualitativamente ao nível médio-baixo, relacionando-se os resultados mais baixos com exercícios que envolvem raciocínio lógico-abstrato e de dificuldades no planeamento motor. Sendo mencionado um perfil homogéneo entre as provas verbais e as de realização, discriminação correta das cores e uma linguagem simbólica pobre.

O relatório da escola informava que o David apresentava dificuldades académicas em todos os conteúdos e pouca autonomia com necessidade de apoio constante. A professora caracteriza o menino como muito reservado e comunicando apenas quando solicitado. Referia o relatório que o menino sabia apenas vogais e alguns ditongos e descrevia problemas no raciocínio lógico, na generalização da informação e défices na memória auditiva e na consciência fonológica.

b) Instrumentos e condições de avaliação

No início do percurso terapêutico foi realizada uma avaliação formal constituída pelos seguintes instrumentos: BASC na versão pais e professor, DAP e alguns itens da BPM. A aplicação dos dois últimos foi particularmente complicada em resultado da atitude de negação da criança. Por essa razão, não foram aplicados todos os itens da BPM e o DAP só foi aplicado em novembro de 2012. Estes instrumentos foram aplicados através da inserção em jogo lúdico, no ginásio.

A BPM foi aplicada com o objetivo de definir um perfil intra-individual que considerasse as áreas psicomotoras mais problemáticas e que careciam de especial atenção. A DAP foi aplicada por forma a melhor compreender o nível de desenvolvimento intelectual, através da relação que estabelece com o esperado para a idade cronológica. Para além do exposto, a DAP também tinha como intenção a recolha de informação para consolidar o perfil psicomotor tal como Loureiro (2006) aconselha. Nomeadamente a tonicidade, a noção corporal, a estruturação espacial e a praxia fina, fatores cujas provas foram parcamente realizadas ou não foram realizadas no total. Por fim, a aplicação da BAS na versão pais e professores prende-se não só com a necessidade de melhor compreender outros sintomas presentes, mas também perceber a relação da professora e da mãe com as dificuldades do David.

c) Avaliação inicial

Da aplicação da GOC e de alguns itens da bateria psicomotora ao longo das três primeiras sessões obteve-se uma permanência num aspeto cuidado e postura desinibida,

sendo a sua expressão verbal pobre e com um discurso imaturo. A exploração do espaço não foi investida, permanecendo essencialmente na zona da piscina de bolas e não mostrava especial interesse em relação aos diferentes materiais, tendo sido possível constatar défice no planeamento motor e pouco conhecimento acerca das *affordances* dos objetos comuns (e.g. bolas, arcos, pinos). A sua participação na tarefa ocorria em resultado de estímulo por contrato, mostrando-se pouco persistente, em conformidade com um baixo nível de resistência à frustração, acompanhado por um quadro de birras com agressão física e verbal. O jogo simbólico classificou-se como emergente, por não conseguir dar continuidade à história, centrando-se em dinâmicas regressivas. Não respeitava os tempos de sessão e mostrava-se pouco autónomo, com pedidos de ajuda constantes e sem tentar resolver o problema. Relativamente à capacidade de memorização, lembra-se e repetia atividades de sessões anteriores e até de pequenos detalhes da primeira história que lhe foi contada em sessão, pelo que foi classificado como uma capacidade forte.

No que concerne à BPM, não foi possível elaborar um perfil completo em resultado da oposição e negação do menino à maior parte das tarefas, ainda assim, destacam-se as informações que se obtiveram. Neste sentido, a tonicidade foi considerada dispráxia, embora não tenham sido aplicados os itens correspondentes, pois era observável um tónus de base rígido com dificuldade em aceder à passividade em atividades de retorno à calma, mostrando-se inquieto. De referir que ele não permitia o toque necessário para avaliar a extensibilidade, paratonia e passividade. Por outro lado, o tónus de base em ação tendia à hipotonicidade, agindo sem investimento tónico, nas atividades.

Quanto à equilibração a maioria das tarefas foram aceites e realizadas, no entanto não alcançou mais do que dois pontos. De referir que todas as atividades foram realizadas com os olhos abertos. A lateralidade estava francamente adquirida, representando uma área forte. A noção temporal não foi avaliada pelas atividades da BPM, mas percebeu-se que estava também deficitária, pois o menino não sabia o dia da semana, enganava-se no mês e não refletia conhecimentos meteorológicos. (e.g. dizendo que estava sol num dia visivelmente nublado, apenas porque havia luz). Quanto à noção espacial também mostrava dificuldades, parecendo perdido no corredor da clínica e até no ginásio, quando procurava determinados materiais que eram sempre arrumados no mesmo local. De referir que a tarefa relacionada à representação topográfica foi realizada com grande empenho, no entanto com um resultado bastante pobre.

A noção corporal foi classificada como uma área intermédia, pois embora as provas de reconhecimento direita-esquerda e autoimagem tenham obtido um nível de realização satisfatório, o mesmo não foi observado no sentido cinestésico, na imitação de gestos e no desenho do corpo, este último cotado a partir do desenho do próprio do DAP. Na compreensão da praxia global apresentava dificuldades na coordenação quer oculo-pedal, quer óculo-manual, quer na dissociação dos membros. Por fim, não foi possível administrar os itens relativos à praxia fina, exceto o tamborilar cuja repetição foi muito difícil. No entanto, após a aplicação do DAP foi possível distinguir uma pega pouco desenvolvida, não fazendo ainda pinça fina, e um traçado lento, rígido e imaturo.

Quanto à BASC na versão pais, que foi respondida apenas pela mãe, destacou-se negativamente no perfil clínico a subescala relativa ao isolamento social, com valores preocupantes. De facto, a sua única companhia, referida pela mãe, era uma menina recém-chegada a Portugal vinda de Moçambique, com mais 4 anos de idade e que ainda não sabia falar português. Condizente com esta situação, no perfil adaptativo surgia a subescala liderança com um valor clinicamente significativo. As folhas de registo e cotação encontram-se disponíveis para consulta em anexo (ver Anexo XV).

Sobre o perfil clínico destacavam-se ainda as subescalas referentes aos sintomas depressivos e à somatização, cujos valores se encontravam em risco. Informação similar foi encontrada na BASC na versão professores, onde a subescala com maior pontuação era respeitante à tendência para o isolamento, seguindo-se a subescala ansiedade e de

seguida, a relativa aos problemas de aprendizagem. As folhas de registo e cotação encontram-se disponíveis para consulta em anexo (ver Anexo XIII).

O perfil adaptativo, segundo a professora titular de turma, não apresentava valores clinicamente significativos, embora a pontuação da subescala liderança fosse também a mais baixa. Sendo esta uma escala positiva, quanto maior a pontuação, melhor. Neste sentido apresentava-se um quadro de dificuldades condizente com a perturbação diagnosticada no que se refere à dificuldade para comunicar com os outros e, consequentemente, fazer parte do grupo de pares. Constatou-se ainda que o seu brinquedo favorito era uma mola azul porta-chaves, salientando a mãe que o objeto o acompanhava para todo o lado, inclusive para adormecer, o que pode ser refletido como uma característica da perturbação em relação a objetos com características duras. Boubli (2001) relembra Tustin (1985), autor que notara a existência de uma dualidade duro/mole na experiência sensorial com o mundo, sendo os objetivos autísticos predominantemente duros ou rígidos, em contrapartida com um tônus mole. Particularidade observada no David no decorrer da intervenção, mas que se mostrava ausente no final da terapia, trazendo novos brinquedos e colocando de parte a mola.

Quanto às dificuldades de aprendizagem da leitura e escrita, refere-se que o David não identificava a maior parte das letras, nem juntava letras para formar palavras. O cálculo apresentava-se também condicionado pelo desconhecimento dos princípios do sentido de número.

d) Perfil Intra-individual

Perfil Intra-individual		Áreas Fortes	Áreas Fracas
Domínios	Psicomotor	Lateralização	Tonicidade
		Noção Corporal (área intermédia)	Equilíbrio
			Estruturação espaço-temporal
	Cognitivo	Memorização	Praxia global e fina
			Jogo simbólico
		Capacidade de imitação	Baixa tolerância à frustração
			Atenção na tarefa e na comunicação
			Expressão verbal
	Socio-emocional	Participação Espontânea	Dificuldades de leitura, escrita e cálculo
			Comportamentos Agressivos
		Sentido de humor	Competências Sociais
			Isolamento

Tabela 7: Perfil intra-individual, estudo de caso I

e) Objetivos gerais e específicos

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a capacidade de modulação tónica	Descontrair em situações de retorno à calma; Adequação do estado tónico face às exigências da atividade.
Aumentar a capacidade de reequilíbrio estático e dinâmico	Permanecer em apoio unipedal e na ponta dos pés durante 20 segundos. Saltar a pés juntos em altura, para baixo e para a frente; saltar em apoio unipedal com o pé dominante para a frente; percorrer todo o banco sueco de lado; percorrer todo o banco sueco para trás; saltar a pés juntos com os olhos fechados.
Estimular o sentido de espaço e de tempo	Ter a noção de tempos socializados (manhã e tarde); fazer a leitura do tempo utilizando noções cronológicas (frio, calor, sol, nublado, vento); respeitar os diferentes momentos da sessão; andar e saltar a diferentes ritmos; desenhar a representação topográfica da sala; realizar percursos com recurso ao mapa da sala; contar histórias com princípio, meio e fim.
Melhorar a praxia global	Encestar uma bola dentro de um alvo a uma distância de 2,5m; pontapear bolas acertando num alvo a 2,5m; saltar à corda três vezes; reajustar a ação face aos feedbacks.
Desenvolver a praxia fina	Realizar pinça fina adequadamente; pintar dentro do contorno; executar tarefas quotidianas simples sem dificuldade (calçar as meias; retirar e colocar papeis numa mica, apertar os sapatos).
Melhorar a noção de esquema corporal (área intermédia)	Nomear pelo menos 10 segmentos corporais; desenhar o corpo a duas dimensões; desenhar os detalhes esperados para a sua faixa etária.
Domínio Cognitivo	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a capacidade de resolver problemas	Mostrar capacidade para pensar em alternativas; não desistir perante o fracasso.
Desenvolver capacidade de imaginação	Criar histórias com mais detalhes; evoluir para a dramatização de papéis sociais.
Promover a expressão escrita	Descrever situações do quotidiano com desenhos; pintar dentro do contorno; escrever palavras de pelo menos duas sílabas, formando frases; escrever o seu nome completo.
Desenvolver a capacidade de leitura (tempo, imagens, palavras)	Mostrar interesse em ler histórias; acompanhar a leitura do outro com o dedo; ler o tempo utilizando frases com pelo menos dois adjetivos; contar histórias a partir de imagens; ler palavras de, pelo menos, duas sílabas.

Domínio Sócio emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Aumentar o nível de tolerância à frustração	Persiste mesmo perante o fracasso, permanecer no jogo até ao fim
Diminuir comportamentos agressivos	Diminuir comportamentos agressivos (verbais e agidos) na relação com o outro; mostrar consciência acerca do impacto do comportamento agressivo (arrepende-se e pede desculpa).
Desenvolver competências sociais	Revelar autonomia nos seguintes aspetos: vestir-se, calçar-se e ir à casa de banho; mostrar sentido de responsabilidade para com os pertences pessoais; manter a integridade dos objetos; esperar pela sua vez; participar na escolha das atividades; compreender e manifestar competências sociais de ajuda e respeito.

Tabela 8: Objetivos gerais e específicos, estudo de caso I

f) Programa pedagógico-terapêutico

O projeto terapêutico do David constituiu-se por cinco fases, cuja progressão não foi necessariamente linear, e que se pretendem expor de seguida. O período de intervenção teve início a 22 de outubro e terminou a 24 de junho. Em anexo disponibilizam-se exemplos de relatórios de sessão, para cada uma das fases aqui descritas (ver Anexo XI).

Após a fase de exploração da sala e do estabelecimento da relação terapêutica, a imitação foi a primeira estratégia, permitindo depois direcionar a atividade para propostas de jogo sensório-motor. De acordo com Llauredó (2008) a imitação tem um papel fundamental na comunicação com a criança e exprime, a nível inconsciente, a aceitação total do outro.

A primeira etapa foi de expressão de agressividade, ao mesmo tempo que o jogo simbólico dava espaço a situações de regressão. Neste período a sua especial preferência recaía sobre a piscina de bolas, onde envolvido (com as bolas) passava a maior parte do tempo. As bolas serviam de símbolos para a comida, de objeto contentor que tapava – protegia, mas também como forma de expressar a agressividade, atirando-as contra as figuras fantasmáticas. As primeiras personagens, escolhidas por ele, foram o leão bebé, que era o David, e a mãe leoa, atribuída à estagiária, resultando numa dinâmica em que o bebé ficava sistematicamente doente. Os jogos propostos existiam apenas sob a cooperação, pois a possibilidade de perder impedia-o até de tentar.

Sobre o jogo simbólico recorda-se Vecchiato (2003) que referiu que a criança representa situações e emoções relacionadas com a história e realidade afetiva com os pais, sendo fundamental a regressão às primeiras fases do desenvolvimento psíquico. O autor defende que o psicomotricista irá favorecer a remodelagem dos conflitos, procurando dinâmicas de progressão que conduzam a criança à saída da regressão e à sua reestruturação emocional e relacional (Vecchiato, 2003).

De seguida, começou a aparecer o confronto. As personagens predominantes eram o golfinho ou o macaquinho (para ele) e o tubarão (para a estagiária), aparecendo a morte simbólica e a sua resolução e, mais tarde, a troca de papéis. Como defende Minguillón (2005) a expressão simbólica do desejo de destruição com consequente evolução para o renascimento, simboliza o processo de reparação. O jogo simbólico permite encontrar formas de resolução dos conflitos que não desencadeiam sentimentos de culpabilidade, e é por isso que o terapeuta deve dirigir a expressão agressiva para o

plano simbólico, conseguindo assim evitar a procura de confrontos reais (Vecchiato, 1989).

Nesta fase, já saía da piscina a “fugir” e o espaço global da sala ganhava dimensão no jogo. O David mostrava-se agente no espaço, efetuando proezas (e.g. o macaco que fazia malabarismo) e investindo na exploração dos materiais. Paralelamente, os jogos de regras foram aceites e a par com a estimulação da motricidade global e com o êxito que obtinha, começou a mostrar-se capaz de jogar em oposição. Teoricamente, o jogo de regras competitivo subjaz a afirmação do eu da criança, desenvolvendo a expressão do que é, do que quer e do que tem (Vecchiato, 1989). E de facto, o menino começou também a trazer brinquedos seus e manifestar mais as suas preferências. Por fim, começou também a aceitar as canetas e os lápis como forma de expressão e as folhas em branco deixaram de ser motivo de birra.

A terceira fase caracterizou-se por uma certa regressão, com a construção repetida de casas, onde a personagem do David era a do filho que estava doente, e a da estagiária a de mãe cuidadora. Esta fase distinguiu-se da primeira porque a ideia de “cura total” que lhe era proposta já era aceite e após o jogo propunha e/ou aceitava sugestões de atividades construtivas. Nesta fase, a construção de uma casa existia em todas as sessões e passou a fazer parte do retorno à calma, servindo de aconchego para a leitura de uma história simples que ouvia com muito prazer.

Quanto à construção com blocos de espuma, Aucouturier (2011) refere que estes favorecem o planeamento e o pensamento sequencial, servem para afirmação do próprio e são marcos de uma distanciação em relação às vivências regressivas.

Depois, ao mesmo tempo que os jogos de regras eram o principal pedido, a par com a crescente aceitação das atividades de estimulação da leitura e escrita, apareceu a repetição, por quatro sessões, de um jogo simbólico onde a posse e o domínio eram a expressão vigente. Neste jogo, pedia para atar os braços e os pés com uma corda e colocava autocolantes na boca da estagiária, sendo que através de comunicação não-verbal surgia a indicação de silêncio absoluto. Sem mais nada acrescentar, soltava-a, mostrava as suas mãos e dizia “agora é a minha vez”. Partindo do pressuposto de que as cordas constituem objetos capazes de revelar desejos agressivos, de domínio e posse (Llinares & Rodríguez, 2005), este jogo pensa-se que terá surgido pela expressão da angústia de domínio versus a frustração resultante da estimulação das suas áreas fracas em consonância com a relação com a mãe. Por exemplo, certa vez, no início de uma sessão a mãe corrigiu-o diversas vezes, não lhe dando tempo suficiente para retirar e colocar folhas que ele tinha dentro de uma mica e que trazia para mostrar. A reprodução desta simples tarefa, mais tarde em sessão, proporcionou uma alegria e confiança enormes. No entanto, comportamentos de oposição à mãe também surgiam, como o facto de pedir para ela se calar ou mesmo tapar-lhe a boca com as mãos. Em reunião com a mãe começaram a ser sendo abordadas estas e outras questões, no sentido de a capacitar com estratégias para lidar com os comportamentos de oposição do David, que também surgiam em provocação de uma atitude parental permissiva e descrença em relação às capacidades do filho.

A quarta fase contou com a integração em grupo terapêutico e com um trabalho individual mais focado nas dificuldades de aprendizagem, onde se aproveitou a relação prazerosa com a piscina de bolas e os bonecos que trazia de casa. Esta incidência decorreu, sobretudo, a partir do Método Afetivo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita (MAALE) de João Costa (**no prelo**), e que se julgou necessário pela situação preocupante em que o menino se encontrava e porque é uma forma de aprendizagem do geral para o particular, condizente com o “Método das 28 palavras”, segundo o qual recebia instrução na escola. O método foi desenvolvido nas sessões de psicomotricidade porque na sessão o menino aceitava mais atividades relacionadas com a aquisição de competências para a leitura e escrita e, após contacto com a professora, foi possível constatar que algumas das atividades desenvolvidas nas sessões o menino tentava

replicar com a professora de educação especial. O MAALE encontra-se descrito no ponto seguinte (ver página 49) de acordo com o que foi realizado com o David, em anexo apresentam-se, em maior detalhe, as várias fases que o constituem (ver Anexo X).

Todavia e para além do tempo específico empregue na aplicação do método referido, é de salientar que a psicomotricidade por se basear na expressividade corpórea, ainda que não aborde diretamente a aprendizagem, prepara a criança para o processo, através da disponibilidade e recetividade que desencadeia (Minguillón, 2005). Em psicomotricidade, como outros autores sugerem, ler é observar e descrever o espaço, num sentido determinado e organizado, de forma lógica; escrever é registar o que se viveu, viu e sentiu nos jogos e em relação com os outros, é registar ordenadamente, com recurso ao plano simbólico e sinalético; e calcular é contar com o corpo, com o movimento o que se experiencia, segundo uma ordem, uma sequência e uma quantidade de acontecimentos (Rodrigues, et al., 2001).

O projeto de intervenção do David não contou, no início, com a integração em grupo, em resultado do seu comportamento agressivo e falta de competências sociais. No entanto, o estabelecimento de uma relação cuidadora e prazerosa que impunha limites, iniciou a remissão desses comportamentos que ganhavam expressão apenas em jogo simbólico. As situações recriadas possibilitaram a expressão e resolução de conflitos, registando-se uma evolução nas temáticas. Em sessão foi também trabalhada a capacidade de mentalização, consciencializando-o para os sentimentos do outro e promovendo a descentralização.

Em grupo, no início imperou a timidez, com necessidade constante de reforço para inclusão dentro do grupo, sendo obrigatório que a estagiária fosse da sua equipa para que aderisse aos jogos de grupo. Após a integração mostrava-se contente em jogar e mais persistente nos jogos de regras. Embora perdesse várias vezes, já conseguia confidenciar nas sessões individuais “Perdi, mas às vezes também ganho”. Segundo Vecchiato (1989) este é um índice da sua capacidade de descentralização e focalização na relação com o outro.

Numa segunda fase, em grupo, começaram a aparecer comportamentos de agressão para com o seu parceiro favorito. O colega apesar de mais alto e com mais idade permitia-lhe tais atitudes devido à sua imaturidade, passividade e inibição. Esta relação foi mais difícil de trabalhar, uma vez que o colega não se queixava, mesmo quando estava a ser pontapeado. Esta situação levava o David a responder que não o estava a magoar. Acerca dos comportamentos agressivos Minguillón (2005) refere que é fulcral a criança encontrar limites na sessão, pois será essa experiência que vai fazer com modifique a sua atitude por forma a adaptar-se na relação com o outro. Assim, foi através da mediação terapêutica sobre as atitudes do David que levou o colega a começar a manifestar-se, o que conduziu a uma postura mais adequada e participante de ambos. Consequentemente, a resolução dos conflitos deu lugar ao estabelecimento de uma amizade para além da sessão e à remissão por completo da expressão de agressividade do David na relação com os outros, em sessão e na escola.

No período final de intervenção, o David já investia nas sessões, tirando partido de todos os momentos. As dramatizações referiam-se à imitação de papéis sociais (e.g. a construção de uma loja na qual o menino era o vendedor e a estagiária assumia diferentes papéis de compradores), em jogos de regras suportava perder, tentava resolver os problemas e mostrava a aquisição de algumas competências sociais, nomeadamente de ajuda e autonomia.

g) Método Afetivo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita, João Costa

O MAALE, de seguida apresentado, tem como objetivo o ensino da leitura e da escrita a crianças com dificuldades de aprendizagem, focando a emoção subjacente às palavras. De facto, estudos demonstram que a rechamada de novas informações é potenciada pela presença de determinados níveis de emoção positiva ao longo da

aprendizagem (Damásio, 2001), para além de que “apenas quando os indivíduos estão imersos nos seus interesses e motivações pessoais é que utilizam as suas áreas fortes e talentos” (Hearne & Stone, 1995, in Cruz, 2009).

Assim, o método baseia-se na aprendizagem da leitura e da escrita através de palavras com conteúdo emocional positivo, como termos relativos aos membros da família ou a objetos de especial interesse, ou ainda que digam respeito à sobrevivência do ser humano, como o serão palavras relacionadas com alimentos. O MAALE foi desenvolvido pelo Dr. João Costa, como resultado da sua experiência clínica com crianças com dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita e encontra-se em publicação.

O MAALE divide-se em duas partes, *palavras importantes* e *leitura a par*, constituídas por fases consecutivas, que podem ocorrer na mesma sessão. Pretende-se que o tempo despendido nestas atividades seja curto, cerca de 15 minutos, com uma frequência semanal de pelo menos duas vezes. Os pais poderão ser convidados e instruídos a participar de forma ativa no processo, podendo desenvolver com os filhos as atividades, em casa.

Na primeira parte, o menino foi instruído a pintar dentro do contorno das letras, depois a passar por cima e, mais tarde, a escrevê-las. Neste processo, o recurso às quadrículas auxiliou na divisão silábica e das letras. No início, a apresentação das palavras e das imagens que lhes correspondiam aparecia isoladamente em cada página. Situação que se inverteu gradualmente, aparecendo várias na mesma página e com a ordem de apresentação trocada. Mais tarde, deixou de ser necessário a apresentação das imagens e as palavras foram usadas em diferentes jogos, nos quais representavam o objeto que significavam. Neste caso específico foram utilizados brinquedos que o David trazia ou que eram da sala ao invés de fotografias, pois a mãe não se mostrou interessada em participar na recolha das imagens. Assim, no início os objetos eram colados com fita-cola às folhas e depois, o David passou a desenhá-los. Como foram usados brinquedos, os nomes eram integrados em situação de jogo simbólico.

A segunda parte consiste na prática da leitura a par. Esta leitura, no início incidia sobre pequenos textos, nos quais identificámos as palavras que o menino mais gostava e as que não gostava ou não percebia, as quais eram seguidamente substituídas, pretendendo-se com esta tarefa ampliar o seu vocabulário, mas também apelar à escrita, pois o texto era reescrito. Na leitura, o menino era convidado a seguir o texto com o dedo, ainda que tenha mostrado grandes melhorias, esta competência não foi totalmente adquirida.

Ao longo da aplicação do método o David derivou de uma situação inicial em que não conseguia pintar dentro do contorno, a mostrar interesse por contornar letras e a escrever espontaneamente um recado, numa situação de jogo simbólico. Paralelamente, começou a inventar histórias a partir de desenhos que fazia ou a contar histórias a partir das ilustrações de livros, passando depois a repetir as palavras lidas em voz alta e, por fim, a interessar-se em ler frases simples.

h) Resultados

A avaliação final do David decorreu nos dias 1 e 6 de julho, 23 sessões de intervenção após a avaliação inicial.

Uma breve análise aos objetivos específicos alcançados permite considerar que os resultados foram satisfatórios, com 80% de objetivos adquiridos. Os objetivos foram considerados adquiridos quando eram observáveis de forma constante em pelo menos 3 sessões seguidas, emergentes quando o seu comportamento era observável mas de forma inconstante e não adquiridos, quando não eram observados de todo.

Considerando os objetivos delineados para a intervenção assume-se um total de 50 objetivos, sendo que 40 foram classificados como adquiridos, 8 como emergentes e

apenas 2 como não adquiridos, o que pode ser traduzido em percentagem no gráfico seguinte:

Objetivos Específicos Alcançados (%)

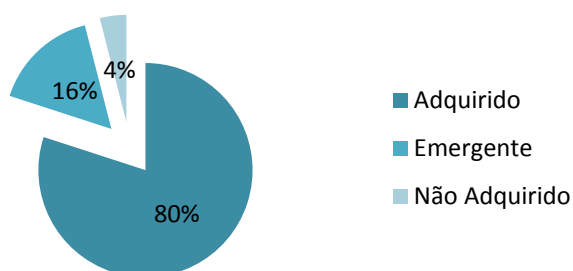


Gráfico 1: Objetivos específicos alcançados, estudo de caso I

Analisando o gráfico circular é possível constatar que várias competências foram adquiridas ao longo do projeto de intervenção, contudo, algumas habilidades foram registadas como emergentes. Os objetivos específicos a elas correspondentes são: esperar pela sua vez, permanecer no jogo até fim, acompanhar a leitura do outro com o dedo, permanecer em apoio unipedal e na ponta dos pés durante 20 segundos, percorrer todo o banco sueco para trás, pontapear bolas atingindo um alvo a 2,5 metros e a execução de tarefas quotidianas sem dificuldade. Para além das competências emergente, outras foram classificadas como não adquiridas, neste sentido, os objetivos considerados não adquiridos relacionavam-se, em primeiro lugar, com as suas dificuldades de dissociação segmentar e ritmo (saltar à corda), pois embora já conseguisse perceber quando devia saltar ainda não o fazia com a precisão necessária; e, em segundo lugar, com a sua imaturidade, o que significa que embora se mostra-se consciente do impacto do seus comportamentos agressivos no outro, pedindo desculpa, frequentemente faltava ao respeito à mãe, na frente da estagiária e não ajudava os colegas, esperando que alguém o fizesse primeiro.

No que diz respeito à BPM, à data da avaliação final, foi possível aplicar a maior parte dos itens, pelo que apresenta de seguida o perfil apurado:

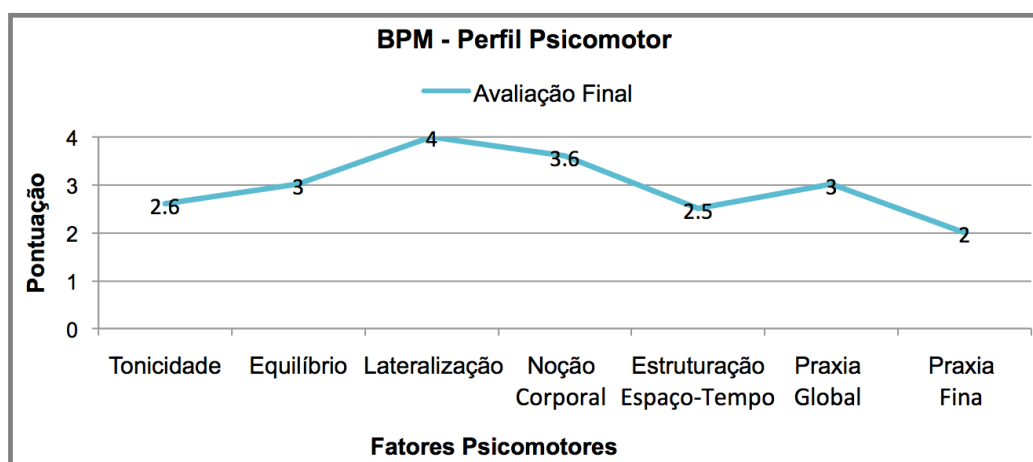


Gráfico 2: Perfil psicomotor, estudo de caso I

De todas as atividades da BPM apenas duas não foram concretizadas, por oposição do David. Tais tarefas correspondiam à praxia fina, nomeadamente, a coordenação dinâmica manual e a velocidade-precisão. Assim, o valor registado no fator praxia fina diz respeito apenas à atividade de tamborilar. A sua oposição às tarefas pode ter sido resultado do cansaço, pois foram atividades propostas quase no fim da sessão ou porque a seu nível de resistência à frustração diminuiu ao longo da sessão de avaliação e por isso já não estava disposto a realizar algo que envolvesse papel e lápis. Não obstante, a sua participação nas outras atividades foi de grande investimento, o que permitiu registar melhorias significativas.

De referir que a atividade imitação de gestos, referente à noção corporal, foi cotada de acordo com os critérios para a população pré-escolar. Da mesma forma, as atividades de equilíbrio estático e dinâmico foram cotadas com os olhos abertos. A atividade de estruturação rítmica não foi cotada com o menino sentado, mas em pé, reproduzindo os ritmos com passos mais fortes e mais fracos, porém, de acordo com os ritmos que se apresentam na BPM. Para maior detalhe e compreensão da cotação em cada item, encontra-se disponível em anexo a folha de cotação da BPM (ver anexo XVII).

De seguida apresentam-se os perfis da escala BASC, nas versões pais e professores, pretendendo-se uma análise gráfica comparativa entre a avaliação inicial e a avaliação final. O mesmo se fará com os desenhos do DAP.

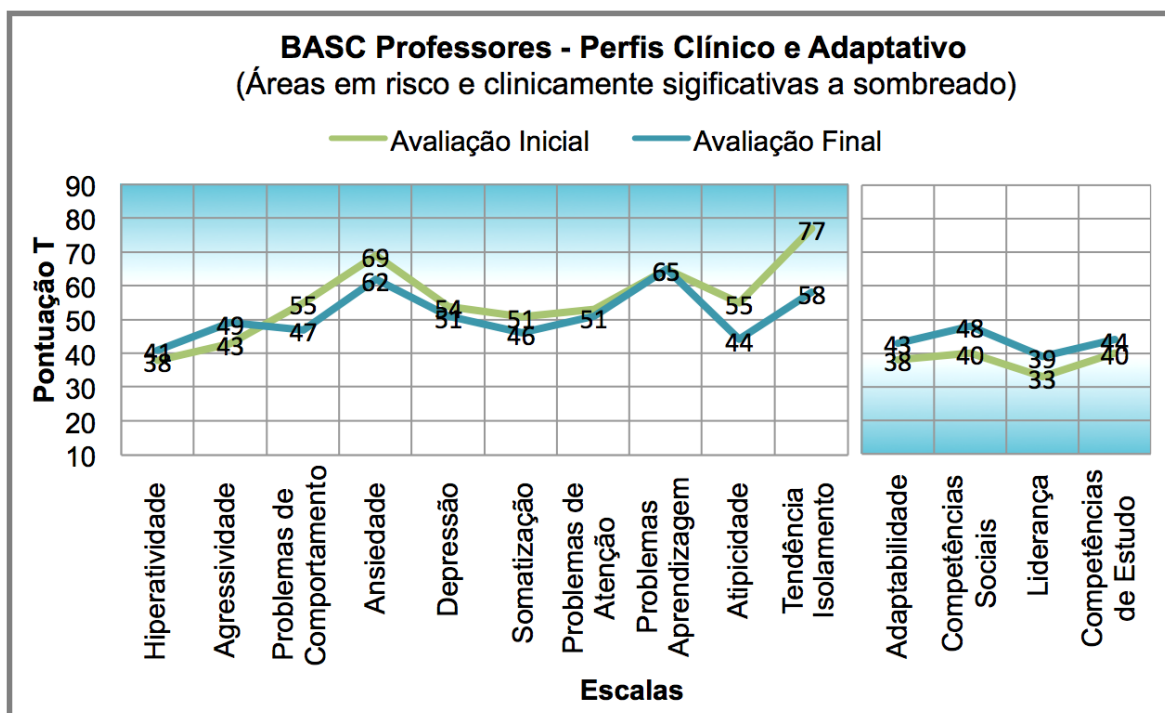


Gráfico 3: Análise comparativa, BASC, versão professores, estudo de caso I

Analisando o perfil clínico é possível perceber que houve melhorias em mais de metade das escalas, nomeadamente nas áreas distinguidas como requerendo mais atenção na avaliação inicial, restando a componente dos problemas escolares com valores próximos do clinicamente significativo ($P < 70$). O perfil adaptativo também regista melhorias, principalmente ao nível das competências sociais e classificando-se a componente das competências adaptativas já fora do intervalo de risco ($P = 42$).

No que diz respeito à escala dos comportamentos agressivos observa-se uma subida ligeira do valor total. Em termos de respostas diferentes, uma análise comparativa aos dois questionários (disponíveis nos Anexo XII e XIV) permitiu averiguar que os itens

“argumenta quando contrariado” e “critica os outros” tinham sido cotados como nunca na avaliação inicial e foram cotados como ocasionalmente. Tendo em conta que o valor total é normativo e que os itens em questão não ocorriam, esta diferença poderia ser considerada uma evolução, já que a professora teria começado a registar comportamentos de defesa do próprio e crítica ao outro. Em especial o segundo item, para uma criança que se isolava socialmente, mostrava-se importante indicador de que o menino prestava atenção também no que os outros fazem. Ainda sobre a análise comparativa, também o item “é mau perdedor” na avaliação inicial tinha sido cotado como nunca ocorrendo e na avaliação final aparece como frequentemente. Ora, considerando que ele não participava no recreio nem em jogos de grupo, este item parece-se tão-somente um indicador de saúde, no sentido em que o David não só estava em relação como ainda mostrava as suas emoções, ainda que, fosse preferível que aceitasse a derrota na maior parte das vezes, em vez do seu contrário.

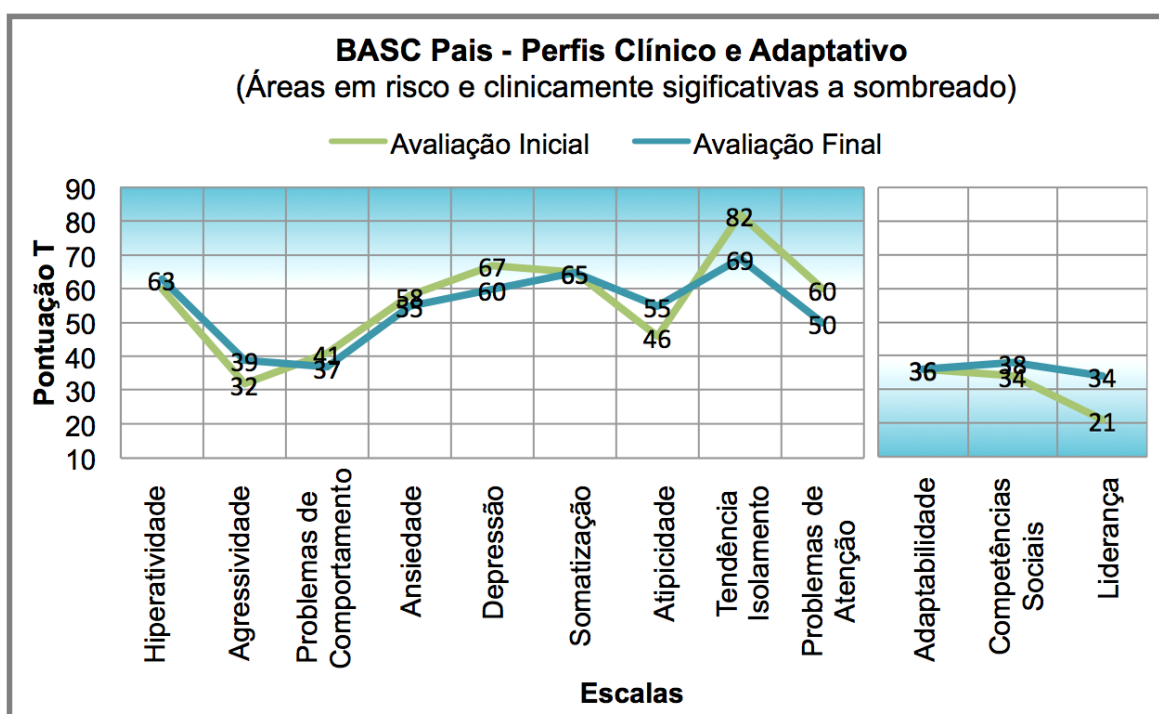


Gráfico 4: Análise comparativa, BASC, versão pais, estudo de caso I

Em primeira análise, a observação do gráfico 3 em comparação com o gráfico 4, permite validar que se registaram melhorias nos dois contextos em que a criança se exprime. Embora em algumas escalas, os valores fossem mais altos no perfil resultante das respostas da mãe, nomeadamente a escala referente à hiperatividade e somatização, cujos valores se mantiveram, a escalas relativa á tendência para o isolamento social que melhorou significativamente e a escala atipicidade, cujo valor aumentou. Quanto à última escala referenciada, o aumento deveu-se a um item apenas, que era cotado na avaliação inicial como nunca acontecendo e que na avaliação final foi cotado como ocorrendo ocasionalmente e que diz respeito a “brinca na casa-de-banho”. O que não se relaciona com comportamentos de alguma forma bizarros, não esquecendo que o seu valor tanto inicial como final era normativo e, por isso, não inspirava cuidados. Para maior detalhe encontram-se disponíveis em anexo (ver Anexos XV e XVI) as folhas de registo e cotação da BASC versão pais relativas aos dois momentos de avaliação.

Quanto à escala hiperatividade, embora tenha um valor classificado como estando em risco ($P > 60$) é possível relativizar a situação atendendo à subjetividade ligada a este tipo de questionários e relacionando com informação derivada da observação da interação mãe-filho. De facto, na sala de espera, sempre que o David iniciava alguma brincadeira com os colegas do grupo, a mãe pedia-lhe imediatamente para se sentar e ficar quieto, tendo chegado a dizer que pensava que o David não conseguia esperar. No entanto, a própria mãe não lhe dava espaço nem tempo para ele tentar ou parar a ação, mostrando-se impulsiva e ansiosa. Assim, e considerando também que a mesma escala tem uma expressão normativa, segundo a BASC versão professores, sendo na escola que os comportamentos de irrequietude motora podem ter mais efeitos negativos, não é considerada problemática.

Paralelamente à situação anteriormente descrita, a escala relativa à somatização aparecia com um valor idêntico em ambas as avaliações. O seu valor ($P = 65$) encontrava-se em risco, porém, considerada a superproteção maternal, este foi analisado com cautela. Um exemplo da preocupação excessiva da mãe com a saúde do David, verificou-se com o uso da meia elástica ainda em alguns dias de Junho, sendo que o menino tinha torcido o tornozelo em Novembro e referia mesmo que não tinha dores. Atendendo aos itens registados nos dois momentos de avaliação com maior frequência, estes correspondem a “tem dificuldades em respirar”, o que poderia estar relacionado com a patologia asmática e “queixa-se de sentir frio”. Este último item foi classificado como não tendo validade clínica neste menino uma vez que ele se apresentava com roupa insuficiente em alguns dias, o que até poderia explicar, em parte, a sua irrequietude motora.

Por último, quanto ao perfil adaptativo, este apresentava significativas melhorias, ao mesmo tempo que os valores abaixo do que seria esperado para a sua idade cronológica ($P \geq 40$) remetessem para a necessidade de continuar a ser atendido em psicomotricidade.

No contexto de informação recebida pela mãe em reunião no período final do projeto de intervenção, registou-se que o menino já respondia quando alguns desconhecidos falavam com ele, tendo existido situações no autocarro em que ele tomou iniciativa de falar com outras crianças. No recreio já brincava com os pares, tendo mantido a sua presença nas aulas de natação, situação muito complicada no início do ano letivo.

Na observação dos vários desenhos resultantes da aplicação do DAP foi notória uma grande evolução. No que respeitava à pontuação total registou-se uma subida de quarenta e quatro pontos ($P_{inicial} = 65$; $P_{final} = 109$), o que correspondia a uma classificação qualitativa inicial deficiente e no final, média, de acordo com o esperado para a sua idade cronológica.

Quanto à informação qualitativa registava-se um nível gráfico superior através de uma maior ocupação do espaço total da folha, maior número de detalhes, bidimensionalidade e até um estilo gráfico diferente. Analisando o percurso do menino e os desenhos finais, salienta-se Fonseca (2007) que refere que a evolução da noção corporal é paralela à tomada de consciência de si próprio, que ocorre em função da noção de espaço.

O investimento na tarefa foi muito bom, utilizando todo o tempo disponível. Os vários elementos corporais encontravam-se presentes, à exceção das orelhas, o que deve ser encontrado em desenhos de crianças com mais de 7 anos (Loureiro, 2006). Ainda assim, e lembrando que no início, o David não conseguia responder sequer sobre

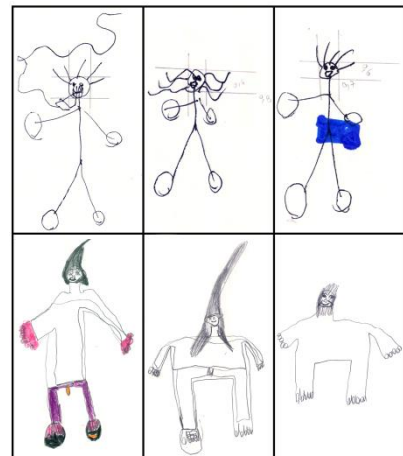


Imagem 1: Análise comparativa, DAP, desenho do homem, da mulher e do próprio, respetivamente, estudo de caso I

o número total de dedos nas mãos, a evolução ao nível dos detalhes foi altamente satisfatória. Por outro lado o esquema corporal, nomeadamente a noção espacial, encontra-se com algumas falhas considerando as proporções desadequadas de alguns elementos, ainda que o espaço por eles ocupado seja satisfatório. Como refere Loureiro (2006) o uso adequado do espaço num desenho com uma figura simétrica e proporcional indica uma boa integração dos esquemas de orientação espacial.

No que concerne à informação sobre a tonicidade é possível descrever um corpo desenhado geometricamente e sem movimento, o que indica tensão corporal (Loureiro, 2006). Se o David já era capaz de aceitar os momentos de retorno à calma, ainda não acedia completamente a um estado de total passividade. Por último, atende-se ao destaque que o tronco possui, o que poderia estar relacionado com a vida emocional (Loureiro, 2006) e que neste caso se pode relacionar com as suas preocupações sexuais. Possivelmente, um estágio de latência não adquirido, como resultado de uma relação de afastamento com o pai e de demasiada proximidade com a mãe. Em verdade, o David não só dormia com a mãe, como também tomava banho com ela. Durante a realização do desenho do homem o David falou acerca das cores que poderia ter o órgão sexual masculino, tendo optado pela cor dourada, investindo também em pintar-lhe as unhas de cor-de-rosa. Já no desenho da mulher, perguntou acerca da forma do órgão sexual feminino, acabando por referir que iria desenhar o da mãe, que era aquele que tinha visto. Por fim, no desenho do próprio, pediu para se desenhar em bebé. Após algum diálogo aceitou desenhar-se tal como estava, obtendo-se um corpo sem referências sexuais ainda que tenha dito que o seu desenho ficava nu. Este aspeto é certamente preocupante pois o desenho é um meio para a expressão de afetos, emoções e preocupações de quem o desenha (Loureiro, 2006). Neste sentido, durante o ano foi debatido em conjunto com a mãe, a possibilidade de modificar a estrutura do quarto, de cessar com os banhos em conjunto e dar mais autonomia e liberdade ao David, dando-lhe, paralelamente, mais tempo para as tarefas de higiene e cuidados pessoais. No fim deste período de intervenção percebeu-se que tais objetivos não tinham ainda sido alcançados, embora a mãe se mostrasse mais acessível ao diálogo e à mudança.

Os factos aqui expostos interligam-se e justificam-se mutuamente. As dificuldades de aprendizagem pareciam surgir como resultado de um conflito edipiano não resolvido e, por isso, a predominância do período de latência necessária nesta idade não podia ainda estabelecer-se. Consequentemente, registavam-se sintomas como a obstipação e a dificuldade de identificação sexual. Bolbi (2001) corrobora com o exposto, referindo que casos de retenção de matérias fecais após um episódio de vida reacional, como a entrada na escola, testemunham um conflito edipiano. Ora, o episódio de ter sido fechado na casa de banho, identificado pela mãe como fator desencadeante, ocorreu logo na integração do primeiro ano. Bolbi (2001) relaciona ainda estes eventos como sendo provocados por angústias de individuação e de separação, acrescentando que este é um processo indispensável para a aquisição das aprendizagens escolares, enquanto base para a noção de conservação. Strech (2012a) salienta ainda que, sendo a leitura e a escrita atividades que implicam a descoberta e a revelação do mundo interior, alguns bloqueios nestas áreas têm que ver diretamente com dificuldades emocionais. Neste sentido, o “bloqueio” registado no David em outubro de 2012, esmoreceu em parte. Uma vez que o David já era capaz de exprimir os seus conflitos internos, sendo os desenhos um exemplo da expressão de um conflito presente na altura. Nesta possibilidade de maior expressão, aceitava o desenho com prazer e evoluiu nas aprendizagens. Ele reconhecia o alfabeto, lia ditongos e algumas palavras com duas sílabas, conseguindo já escrever frases simples, contava até vinte e fazia operações de cálculo simples.

i) Discussão dos resultados e Conclusões

Considerando que 80% das competências planeadas foram adquiridas, o resultado da intervenção é muito positivo, ainda que o perfil prático desta criança não esteja ao nível dos pares da mesma idade.

No entanto, no que concerne aos perfis clínico e adaptativo resultantes das respostas dadas pela mãe, ainda que estes apresentem valores preocupantes, e para além do que já foi referido, não se pode ignorar a situação emocional e social em que esta mãe se encontrava. Nas várias reuniões decorridas ao longo do ano, a mãe chorava frequentemente, relatando que se sentia sozinha, sem o apoio do marido ou da filha. Em relação ao David, a mãe falou várias vezes acerca de matricular o filho numa escola de ensino especial. Até mesmo no final do ano, quando constavam no registo de avaliação final escolar várias melhorias e estando a escola a contribuir para o sucesso da criança, a mãe colocou essa possibilidade. Esta ideia foi afastada pela equipa de psicomotricidade, atendendo não só às dificuldades na socialização que diminuiriam mas também porque o David ia transitar de ano e assim poderia acompanhar o mesmo grupo de pares e a mesma professora titular de turma.

Para além do exposto, a assiduidade do David não foi sempre constante. Por volta de Fevereiro, a mãe começou a mostrar-se em dúvida acerca das sessões de psicomotricidade. Após a avaliação do segundo período, a mãe voltou muito desesperada e aceitou que a assiduidade nas duas sessões, individual e de grupo, era essencial.

No entanto, foi uma mãe que não aceitou a possibilidade de acompanhamento parental recomendado pelo pedopsiquiatra responsável. Neste sentido, recordemos Sameroff e Feil (1992) que numa tentativa de compreensão da forma de organização do pensamento parental em função do nível de abstração utilizado para compreender o desenvolvimento da criança, classificaram quatro níveis de conceptualização da relação destes com os filhos: simbiótico, categorial, compensatório e perspectivístico. Segundo esta ideia, pensa-se que a mãe do David se encontrava num nível simbiótico. Neste nível os pais estão fundamentalmente preocupados com a sua relação imediata com a criança, não se considerando separados dela e interpretando o comportamento da criança como diretamente dependente da sua própria atividade (Sameroff & Feil, 1992). Alertam os autores que neste nível a reflexão acerca do desenvolvimento da criança é difícil, uma vez que os pais não reconhecem a existência de um processo de desenvolvimento com transformações ao longo do tempo (Sameroff & Feil, 1992).

Assim, justificar-se-ia também a dificuldade da mãe do David em incentivá-lo na autonomização e em acreditar nas suas capacidades, bem como do papel que a intervenção, tanto psicomotora como psicopedagógica, poderia deter na melhoria das suas dificuldades. Parece fulcral que a atenção à mãe seja um elemento a dar continuidade e a constar no seu projeto futuro, pois esta mostrou-se no último mês mais receptiva ao diálogo, tendo aceitado que no próximo ano tentaria convencer o pai a conhecer os técnicos. Neste sentido, já levou o David a conhecer o local de trabalho do pai, o que deixou o menino visivelmente satisfeito.

Em suma, parece que o projeto terapêutico desenvolvido obteve sucesso, ou seja, registam-se melhorias de comportamento significativas e a aquisição de diferentes competências sociais, académicas e psicomotoras, sendo perceptível, através da leitura dos registos de sessão (ver Anexo XI), que os comportamentos agressivos e de recusa de contacto com o outro deram lugar a uma atitude completamente diferente. Na última sessão de intervenção, para além do tempo de escrita e desenho em que o David se manteve com investimento, executando os movimentos de preensão da caneta e de segurar na folha corretamente, existiu um jogo em que ele era comerciante, cujos produtos consistiam nas palavras escritas em conjunto. Esta atividade pressupõe um nível de pensamento simbólico, de relação com o outro e de aquisição de competências sociais inexistentes no início da terapia. Acerca das competências sociais, a integração em grupo foi muito importante. Em primeiro lugar, permitiu ao David ter amigos, partilhar

gostos e ser validado pelo grupo. Em segundo lugar, o grupo foi um espaço em que testou os limites na relação com outras crianças que estavam mais disponíveis para com ele e com as quais já tinha uma relação positiva. Assim, a alteração de comportamento em virtude da manutenção de uma amizade pensa-se ter sido um passo fulcral para o que depois começou a surgir fora da sala de psicomotricidade. De facto, o David não só começou a participar nos jogos de recreio, como também começou a defender-se dos colegas, tal como informou a mãe.

Finalmente pensa-se que o David deve manter o acompanhamento em sessões de psicomotricidade por forma a dar continuidade ao trabalho iniciado, uma vez que esta terapia parece ter resultados satisfatórios nas áreas em que ele demonstrava ter mais dificuldades. O ideal será a continuação com os dois tipos de dinâmicas, para que em grupo possam ser trabalhadas as relações de grupo e as competências sociais e, individualmente, as áreas relativas às dificuldades de aprendizagem da leitura e escrita, coexistindo nas duas abordagens a estimulação dos fatores psicomotores e manutenção de um equilíbrio emocional.

6.2. Estudo de Caso II

6.2.1. Caracterização anamnésica

A Beatriz é uma menina nascida a 5 de novembro de 2003 e acompanhada na Clínica da Encarnação desde 23 de julho de 2009. O diagnóstico atual é de Perturbação da Ansiedade Generalizada com Perturbação de Ansiedade de Separação de início precoce.

O pedido de consulta foi realizado pela mãe, por encaminhamento do médico de família. Os principais motivos referidos pela mãe diziam respeito a choro fácil, sem aparente causa determinante e ao medo que a mãe morresse, tendo os episódios iniciado em junho de 2009. Desde essa data que a menina passou a dormir com os pais. Segundo a mãe, na hora de deitar, a Beatriz começava a ficar muito aflita, contando-se também várias noites com terrores noturnos. Para além do exposto, somava-se a ocorrência de alucinações auditivas com familiares que haviam falecido e que ela nunca conhecera. Tais situações tiveram início em outubro de 2008, altura em que a mãe foi diagnosticada com patologia cerebelar (protusão do cerebello no canal raquidiano).

Em fevereiro de 2013, data da primeira entrevista pelo serviço de psicomotricidade, a Beatriz continuava a dormir com a mãe, ficando o pai no sofá da sala. Os terrores noturnos e as alucinações estavam descritos como omissos. Permanecia um quadro de grande aflição na hora de dormir, nervosismo constante e choro fácil, com dificuldade na resolução de conflitos e grande ansiedade de separação da mãe, sendo medicada com atarax e zolof.

A Beatriz é a segunda filha de uma fratria de duas, fruto de uma gravidez muito desejada e assistida medicamente. Em resultado de hemorragias durante o primeiro trimestre de gravidez, todo o período de gestação foi vivido com grande ansiedade por parte da mãe, com medo de perder a bebé. O parto decorreu por cesariana, com administração de anestesia geral, após 48 horas de espera pela dilatação. A Beatriz nasceu de 40 semanas, registando-se um índice de *apgar* de 9/10.

No período pós-natal não se registaram quaisquer problemas, inscrevendo-se o desenvolvimento dos primeiros marcos dentro dos padrões normativos. A mãe referiu também que embora fosse um bebé muito sossegado, dormia pouco, o que porventura também a preocupava.

Quanto à prestação de cuidados, até aos 4 meses esteve com a mãe e a partir daí passava os dias com a avó materna que reside com a família nuclear da Beatriz. Aos 5 anos a mãe pensou inscrevê-la no ensino pré-escolar, mas o período de inscrição passou sem que a mãe tivesse possibilidade de ir lá e assim a menina só aos 6 anos começou a

sair de casa e dos cuidados da família para ir para a escola. Durante o verão, antes da entrada no primeiro ano, embora a Beatriz se mostrasse calma e muito contente com a sua nova condição, a mãe viveu o mesmo período numa grande ansiedade, com medo que a menina não se integrasse bem. Após o período de adaptação algo perturbado, as aprendizagens ocorreram de acordo com o esperado e, atualmente, tem bons resultados. No entanto, não é capaz de frequentar as atividades de tempos livres, porque começa a ficar ansiosa com o tempo que tem de estar afastada da mãe e não frequenta as aulas de natação porque diz não gostar da professora e ter medo de morrer afogada.

No que diz respeito às relações familiares, a menina é mais próxima da mãe que dos outros familiares, “ela tem uma paixão por mim inexplicável” (citação da mãe). A mãe tem o apoio dos tios, destacando-se boas relações com a família alargada.

Quanto a antecedentes familiares, a mãe tem 42 anos e é a filha mais nova de uma fratria de cinco. O seu pai faleceu há cerca de 28 anos, quando ela tinha 14 anos de idade, em resultado de um ataque cardíaco. Para além da patologia cerebelar tem também perturbação de ansiedade sem outra especificação, não sendo medicada e recebendo acompanhamento do médico de família. O pai da Beatriz tem 44 anos e é o filho mais novo de uma fratria de sete. A sua mãe tem Alzheimer e é a sua mulher, em conjunto com a sua sogra que lhe prestam cuidados. O pai é obeso, tem patologia varicosa e enxaquecas. A irmã tem 22 anos, tem enxaquecas e colite ulcerosa crónica. A avó materna é saudável.

Desta caracterização anamnésica é possível constatar uma grande influência genética no que respeita à ansiedade e sintomas psicossomáticos que, somando a uma integração escolar tardia, podem ter agravado a sintomatologia. Mais se acrescenta em relação ao quarto da Beatriz que as suas funções de contenção, equilíbrio emocional e manutenção de uma distância suficientemente boa entre gerações estão negadas (Ferreira, 2002), uma vez que a menina dormia com os pais e depois, apenas com a mãe. Segundo Ferreira (2002) a incapacidade de frustrar dos pais, causa confusão de gerações e trata-se de uma “superproteção castradora e destrutiva da vida mental dos filhos”, em resultado da falta de limites que não permite a estruturação da personalidade e lhes garante um falso poder de controlo sobre os pais. Estas situações levam frequentemente à expressão de sintomas psicossomáticos (Ferreira, 2002). No caso da Beatriz eram sinalizadas situações de grande instabilidade emocional, vômitos e dores de cabeça e de barriga.

6.2.2. Projeto pedagógico terapêutico

a) Instrumentos e condições de avaliação

A avaliação inicial contou com a aplicação da BPM, do DAP e da BASC na versão pais, professores e autoavaliação. Os dois primeiros instrumentos, bem como a BASC versão autoavaliação, foram aplicados no ginásio em duas sessões, primando-se por um ambiente lúdico e descontraído. O questionário foi lido em voz alta e as respostas foram aprofundadas, sempre que se julgou necessário, através de outras perguntas elaboradas pela estagiária.

A aplicação da bateria psicomotora deveu-se à necessidade de uma maior compreensão acerca da expressão psicomotora das suas áreas problema, na tentativa de verificar se a sua ansiedade e baixa autoestima comprometiam os sete fatores psicomotores. O principal propósito da aplicação do DAP prendeu-se com a recolha de informação qualitativa subjacente ao desenho das três figuras. Para além disso pretendia-se apurar qual o grau de investimento neste tipo de tarefas que requerem expressão gráfica. Bem como, extrair maior informação dos fatores psicomotores (Loureiro, 2006).

Por fim, a utilização da BASC, nas diferentes versões em que foi aplicada, prendeu-se com o interesse em verificar o impacto que as suas dificuldades têm na relação com

os outros e de que forma os outros (pais e professora) sentiam e expressavam essas dificuldades. Para além disso, acrescentava-se a possibilidade de uma melhor compreensão sintomática da criança através de um questionário que avalia outras áreas clínicas.

b) Avaliação inicial

A aplicação da BPM tornou claro que o único fator com dificuldades dizia respeito à tonicidade. De acordo com Fonseca (2007) a tonicidade é a base da organização psicomotora que está relacionada com a capacidade de recrutar energia para a ativação de sistemas seletivos de conexão e que regula todos os processos mentais, como o processamento, a manutenção e organização do pensamento. Relativamente à BPM, o fator tonicidade é avaliado a nível da tensão muscular que o sujeito apresenta. No caso da Beatriz foi possível detetar um nível dispráxico, tanto na extensibilidade como na passividade, apresentando paratonias na mobilização articular. Relativamente às diadococinésias e às sincinesias foram cotadas com três pontos cada, o que qualitativamente corresponde a “bom”.

O desenho da figura humana mostrou-se adequado e completo, admitindo um valor total mediano. Quanto à informação qualitativa subjacente que foi possível extrair deste instrumento, esta relacionava-se com o seu autoconceito negativo, ou seja, a justificação para o facto de não pintar os desenhos, segundo a própria, era porque não sabia pintar bem, acrescentando que até a professora lhe dizia isso.

Na BASC versão autoavaliação, embora não aparecessem escalas com valores clinicamente significativos (ver Anexo XII), distinguiram-se valores em risco, ou seja, moderadamente preocupantes. Estes diziam respeito ao locus de controlo e à ansiedade. Sendo que no perfil de adaptabilidade, a subescala relações interpessoais adquiria um valor quase clinicamente significativo, pois trata-se de uma escala positiva e por isso quanto mais alto o valor, melhor. Quanto aos perfis resultantes da BASC na versão professores destacava-se a escala somatização com um valor clinicamente significativo, bem como as subescalas ansiedade e depressão com valores no limiar para a classificação em risco. Já o perfil clínico obtido pela BASC na versão pais revelava apenas duas subescalas com valores não normativos, e apenas uma com valores clinicamente significativos e que dizia respeito à subescala ansiedade, apresentando a escala somatização um valor considerado em risco. O perfil adaptativo mostrava resultados muito positivos, influenciando um bom prognóstico.

c) Perfil intra-individual

Perfil Intra-individual		Áreas Fortes	Áreas Fracas
Domínios	Psicomotor	Equilíbrio	Tonicidade
		Lateralização	
		Noção corporal	
		Estruturação Espaço-temporal	
		Praxia global e fina	
	Sócio emocional	Participação espontânea	Resolução de conflitos interpessoais
		Competências sociais	
		Boa expressão verbal e não-verbal	Participação social
		Criatividade	

Tabela 9: Perfil intra-individual, estudo de caso II

d) Objetivos gerais e específicos

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Desenvolver a capacidade de modulação tónica	Aceder à passividade de forma consciente; aumentar a flexibilidade; diminuir as paratonias nos membros inferiores e superiores.
Domínio Socio-Emocional	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Aumentar o nível de participação social	Aumentar os momentos de verbalização espontânea; expressar sentimentos no grupo; expressar a sua opinião em relação ao que gosta e não gosta, independentemente da opinião do outro.
Mobiliza competências para a resolução de conflitos interpessoais	Expressar (motora ou verbalmente) possíveis atitudes alternativas para a resolução de conflitos.

Tabela 10: Objetivos gerais e específicos, estudo de caso II**e) Programa pedagógico-terapêutico**

O período de intervenção teve início no primeiro dia do mês de março e terminou no dia oito de julho. As sessões terapêuticas dividiram-se em três partes principais, às quais se acrescentava o tempo final de verbalização e reflexão conjunta. A primeira parte dizia respeito a trabalho de expressão gráfica e plástica com recursos a vários materiais (e.g. tintas acrílicas, guache, digitintas, canetas de feltro, marcadores, lápis, recortes em papel de lustro). Na segunda parte incidia-se em atividades de expressão corporal preparatória para a relaxação (i.e. aquecimento muscular lúdico, estimulação da flexibilidade e exercícios de respiração – torácica, peitoral e diafragmática,) e por fim, a terceira parte consistia na aplicação do método de relação para crianças de Jean Bergès.

A integração de estratégias terapêuticas alternativas ao jogo psicomotor (desenho, grafismo, diálogo verbal) relativas à primeira parte do projeto é referida por Vecchiato (2003) como oportuna a partir dos oito anos, e quando a criança já atingiu um desenvolvimento adequado no plano cognitivo. Costa (2008) distingue também as atividades expressivas e criativas como fulcrais na intervenção com crianças com sintomas de ansiedade, uma vez que conduzem ao aumento da autoestima e autoconfiança.

A segunda parte da sessão tinha como objetivo dotar a paciente de maior consciência ao nível tónico, de expressão não-verbal, preparação para a situação de imobilidade e capacitar com estratégias de indução de calma, como as técnicas de respiração. Pois tal como Novais (2004) refere a redução dos sinais somáticos através de técnicas de controlo respiratório ajuda o indivíduo a aumentar a confiança em si próprio.

Quanto à relaxação, Fonseca (2007) sugere tais atividades para os indivíduos com dificuldades ou incapacidade para aceder à mobilização neuromuscular, em acordo com a possibilidade de esta promover um maior controlo sobre o corpo e, consequentemente, sobre o movimento. O método escolhido foi o de relaxação para crianças de Jean Bergès, (ver página 8). Uma vez que na população alvo são descritas, também, as crianças com sintomas de ansiedade, de onde se destaca a ansiedade de separação (Bergès-Bounes, 2011). Tal como crianças entre os 8 e os 10 anos de idade cujo pensamento é muito rígido e que pode comprometer não só as aprendizagens escolares como a relação com os pares (Bergès-Bounes, 2011). Segundo Bergès-Bounes e

colegas (2008) o relaxamento e a representação mental que o método possibilita, induzem para uma separação da relação maternal, viabilizando a triangulação, quando esta está afetada. Uma vez que as situações descritas pela literatura vão de encontro às características referidas na anamnese, justificam-se as decisões da escolha do método de relaxação. Este método mostrou-se também uma escolha porque como exige a verbalização, para além de permitir a ligação entre a vivência e o acesso à representação (corpo-pensamento), potencia uma experiência securizante através da palavra (Bergès-Bounes et al., 2008) o que para a sintomatologia ansiogénica se pensou como vantagem por oposição ao silêncio, que poderia provocar angústia. Pela leitura da anamnese do estudo de caso é possível encontrar paralelismo com o que é defendido pelos autores, o que permite justificar as decisões tomadas em relação ao projeto terapêutico descrito.

Bèrges-Bones (2011) fala ainda sobre a importância da relaxação com outras crianças. Neste sentido a experiência do relaxamento em grupo permite aceitar gradualmente que o terapeuta não pode estar sempre perto dela, sendo precisamente nesses tempos de ausência que a criança dá início a processos de simbolização (Bergès-Bounes, 2011). O contacto com outras crianças vai igualmente possibilitar movimentos de imitação entre os pares e mecanismos de identificação (Bergès-Bounes, 2011). Considerando o descrito, as sessões decorreram a par. Embora um par não seja um grupo, foi a melhor possibilidade, considerando não só os horários académicos dos utentes e a disponibilidade do ginásio, mas também, e principalmente, as características de cada uma das meninas, cujo perfil era marcadamente inibido e, como a literatura refere, a exposição requerida num grupo poderia ser um agente negativo no processo terapêutico (Chapellière, 2009).

Paralelamente, a mãe foi instruída, em consulta individual, sobre o método de relaxação. Desta forma, pretendeu-se estimular o sentimento de autoconfiança e competência parental e possibilitar à mãe um papel mais ativo, ampliando assim a frequência da prática do método, através da corresponsabilização maternal.

f) Resultados

A avaliação final da Beatriz decorreu no dia 15 julho, 12 sessões de intervenção após a avaliação inicial.

Uma breve análise aos objetivos específicos alcançados permite considerar que os resultados foram satisfatórios, com 72% de objetivos adquiridos, ainda que o tempo de intervenção tenha sido reduzido.

Os objetivos foram considerados adquiridos quando eram observáveis de forma constante em pelo menos três sessões seguidas, emergentes quando o seu comportamento era observável mas de forma inconstante e não adquiridos, quando não eram observados de todo. Considerando os sete objetivos específicos delineados para a intervenção com o presente estudo de caso, classificaram-se cinco como adquiridos, um como emergente e um como não adquirido. Os resultados apresentam-se de seguida, sob forma de percentagem:

Objetivos Específicos Alcançados (%)

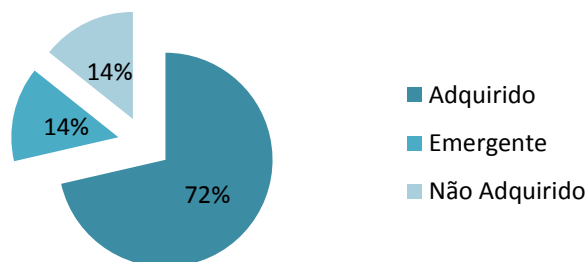


Gráfico 5: Objetivos específicos alcançados, estudo de caso II

No que concerne aos objetivos delineados, a grande maioria foi adquirida, com exceção a dois. Um foi classificado como emergente e outro como não adquirido. O objetivo emergente relacionava-se com a capacidade para expor as suas preferências, independentemente da resposta do outro, pois embora a menina já o conseguisse fazer em sessão terapêutica, era visível o seu desconforto, tentando ser a última a falar. O objetivo não adquirido tem que ver com a área da mobilização de competências para a resolução de conflitos. Nas situações de jogo simbólico em que ocorria um problema entre as personagens, a menina mantinha a tendência para evitar o assunto, tentando ignorar ou afastar-se, atitudes que foram percebidas na avaliação inicial e em conversa na aplicação da BASC, na versão autoavaliação.

Os objetivos específicos referentes à tonicidade foram avaliados de acordo com a BPM. De forma a melhor elucidar acerca da evolução deste fator apresenta-se em gráfico os dois momentos de avaliação.

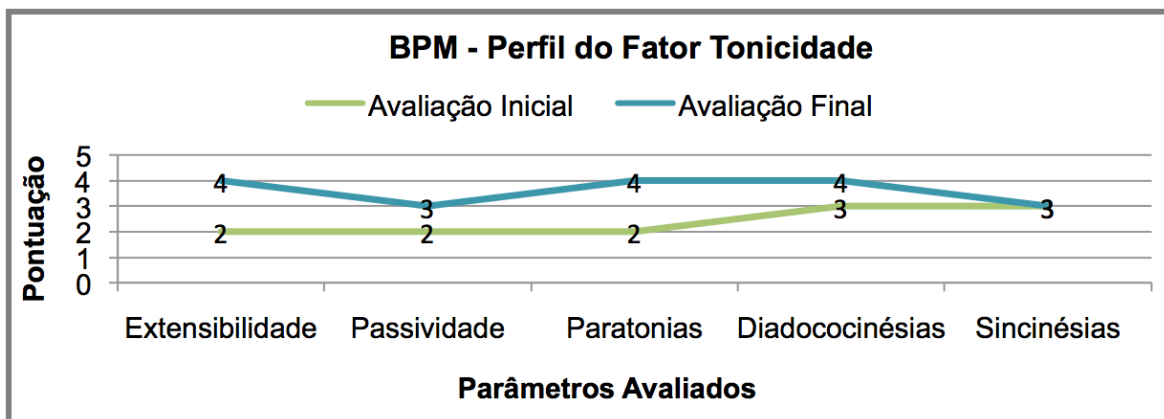


Gráfico 6: Análise comparativa, BPM, fator tonicidade, estudo de caso II

Tal como é possível observar pelo gráfico, os subfactores identificados na avaliação inicial como dispráxicos, aumentaram a sua pontuação significativamente. Apenas o subfactor sincinesias manteve a sua pontuação inicial, o que não se pensa preocupante, em resultados de este ter sido no início um valor já positivo.

De seguida apresentam-se os perfis da escala BASC, nas versões pais, professores e autoavaliação, pretendendo-se uma análise gráfica comparativa entre a avaliação inicial e a avaliação final. O mesmo se fará com os desenhos do DAP.

Para uma análise mais aprofundada acerca das diferenças entre os dois momentos de avaliação, avaliação inicial e avaliação final, encontram-se disponíveis em anexo as folhas de registo e de cotação para a BASC na versão professores (ver Anexos XVIII e XIX), na versão Pais (ver Anexos XX e XXI) e na versão autoavaliação (ver Anexos XII e XXIII).

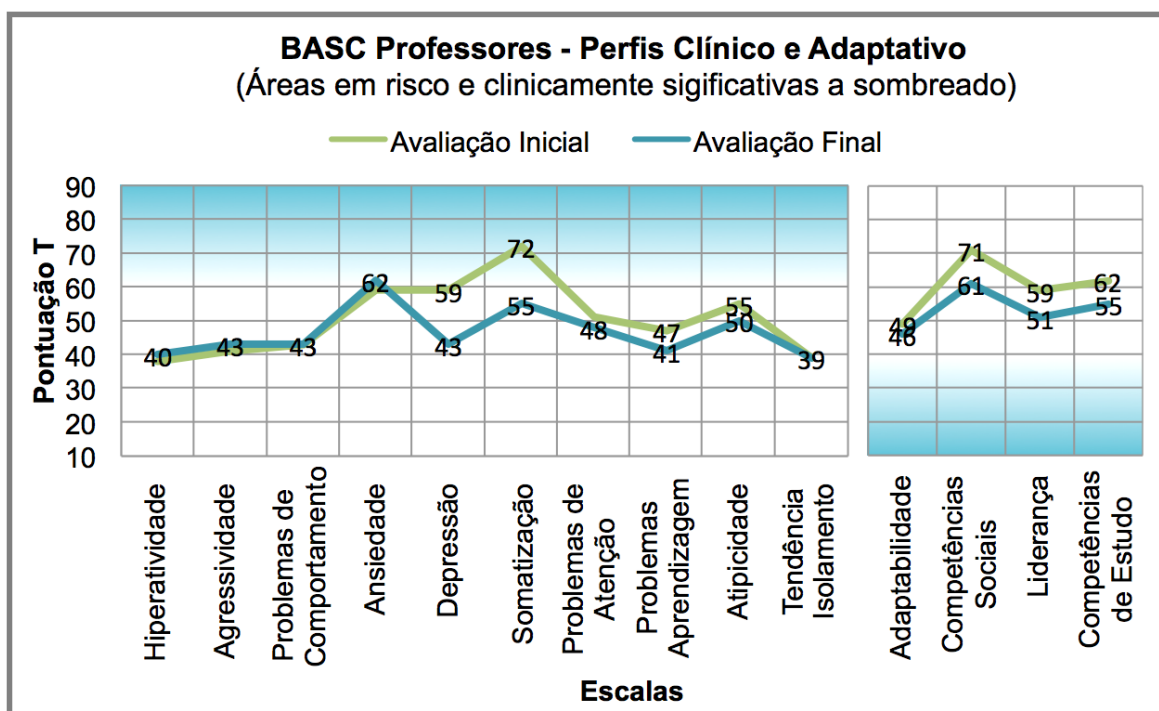


Gráfico 7: Análise comparativa, BASC, versão professores, estudo de caso II

O perfil clínico obtido pela BASC versão professores revela-nos melhorias significativas nas escalas que requereram maior atenção na avaliação inicial, à exceção da escala ansiedade, cujo valor registou uma subida de 2 pontos. A análise detalhada às respostas da professora verificou que um item, “preocupa-se com coisas que não podem ser alteradas” foi alterado de “frequentemente” para “sempre” e o item “demonstra insegurança antes dos testes” cuja frequência ficou registada na avaliação final como ocasional, enquanto na avaliação inicial nunca ocorria. Esta alteração considerou-se positiva, por poder estar relacionada com o aumento da consciência da professora em relação às dificuldades da menina. A mesma justificação remete-se para o perfil adaptativo que aparece com valores mais baixos em todos os domínios, o que para um perfil positivo não é favorável. No entanto, os valores são bastante superiores ao intervalo de risco. Uma análise mais detalhada aos itens de resposta verificou que não se sobressai nenhum item em particular, tendo-se percebido que a cotação inicial correspondia a um padrão de “sempre” que, na avaliação final, se alterou para “ocasionalmente” e “frequentemente”.

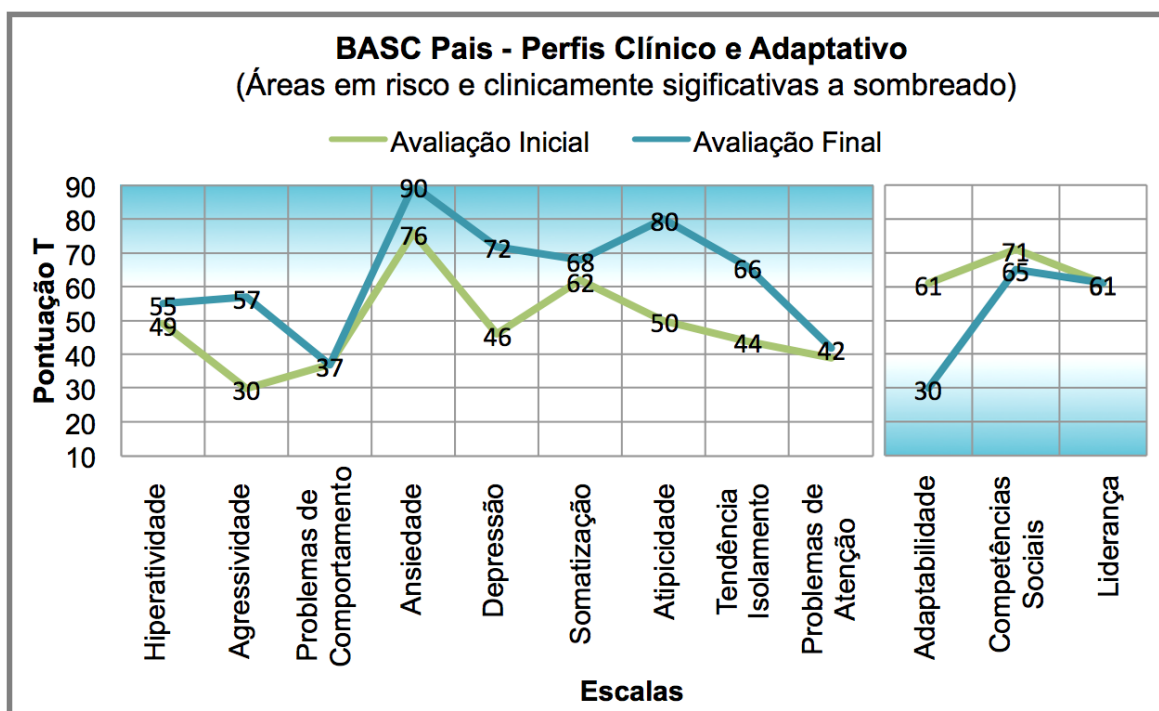


Gráfico 8: Análise comparativa, BASC, versão pais, estudo de caso II

Uma breve análise comparativa dos gráficos 7 e 8 permitiu consciencializar acerca das dificuldades percebidas na escola, pela professora, e em casa, pelos pais. Tal discrepância poderia estar relacionada com a relação turbulenta que a professora tinha com a família e por isso, transparecer um quadro clínico mais suave.

Ou, o perfil clínico altamente preocupante registado através das respostas da mãe, deveu-se sobretudo à carga emocional negativa em que a mãe se encontrava. Neste sentido, a mãe aparentava e referia estar cansada e muito triste com problemas que estava a tentar resolver entre a sua família nuclear e alargada. Esta perspetiva, poderia também ser consolidada com o fato de que nas escalas com valores particularmente altos, escala de ansiedade ($P=90$) e atipicidade ($P=80$), a subida dos valores regista-se, principalmente pelo aumento da intensidade para “frequentemente” ou “sempre” de itens que já tinham sido cotados, mas que correspondiam a “ocasionalmente”. E se sobre a escala da ansiedade os itens com pontuação mais significativa são “Preocupa-se com aquilo que os pais pensam”, e “Diz, eu fico nervoso durante os testes”, que foram confirmados pelo questionário de autoavaliação, na escala de atipicidade o item “Queixa-se de não conseguir impedir pensamentos indesejáveis” foi negado pelo questionário de autoavaliação, em ambos os momentos de avaliação. Os outros itens da escala atipicidade mais cotados diziam respeito a “Brinca na casa de banho” e “Mexe repetidamente no cabelo, unhas ou roupa”, o que considerando a menina em questão, reportam mais o fato de a menina ser vaidosa e à sua mãe que está cansada para esperar o tempo que a menina requer, do que, revelar sintomas de atipicidade clinicamente significativos. Outros itens cotados como “sempre” na escala da ansiedade remetem também para esta hipótese, como “É demasiado séria” ou “Esforça-se demasiado para agradar os outros”.

De registar que o índice de F era adequado, com apenas um item cotado, sendo este relativo à não adaptação a novos professores. Item que na avaliação inicial foi cotado como ocorrendo apenas ocasionalmente. Destaque para o facto de neste intervalo

temporal a Beatriz não ter sido confrontada com nenhum professor novo. O que reforça, também, a possibilidade referida.

Neste sentido, o perfil adaptativo revelou valores positivos, com melhorias, contrariamente ao que seria de esperar considerando o perfil clínico. Uma vez que crianças com perfis clínicos com valores clinicamente significativos tendem a apresentar valores baixos nos perfis relativos às competências adaptativas (Reynolds & Kamphaus, 1992). No entanto, refletindo acerca da informação dada pela mãe, este perfil adaptativo enquadra-se no seu perfil de melhorias, como por exemplo o fato de a menina ter cantado no *karaoke* com colegas, na festa de final de ano, o que, de acordo com a mãe seria impensável no início da terapia.

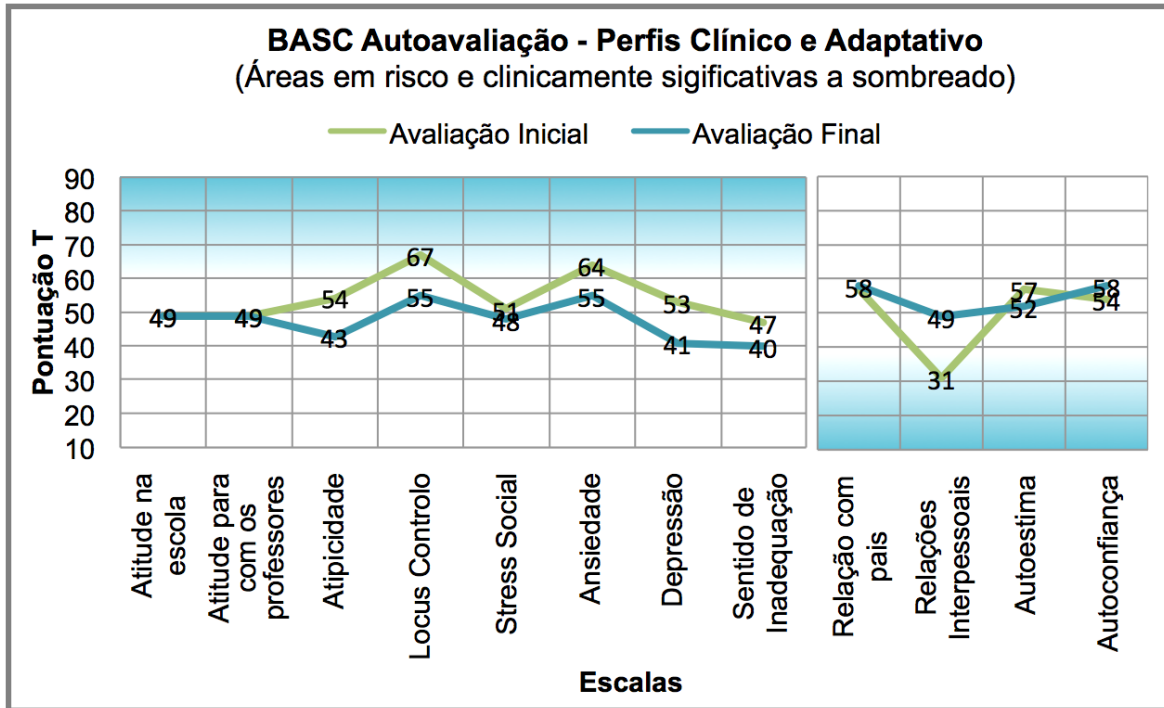


Gráfico 9: Análise comparativa, BASC, versão autoavaliação, estudo de caso II

No que concerne aos perfis da BASC autoavaliação, estes confirmam as melhorias obtidas pela observação informal e pelo DAP e enfatizam as hipóteses levantadas anteriormente. No perfil adaptativo, embora a escala autoestima reflita um valor inferior na avaliação final, para além deste ainda não ser considerado preocupante, esta diferença relaciona-se com o item “Gostava de ser outra pessoa”, tendo justificado, mais tarde, que gostava de já ser adulta e trabalhar como enfermeira, o que portanto se refere a uma compreensão distorcida da frase. Curiosamente, a avaliação decorreu pouco tempo depois de recebida a nota negativa do teste da disciplina de língua portuguesa, o que coloca a hipótese de a menina também ter sido influenciada por esta situação e depois ter dado uma justificação diferente.

No teste DAP a classificação total foi superior, em relação à avaliação inicial, passando de um valor médio para um valor superior ao esperado para os pares da mesma idade. No global foi possível ver o mesmo tipo de traçado, mas com mais detalhes e colorido. Na primeira avaliação a Beatriz tinha dito que não ia pintar porque o fazia mal, na segunda quando pintava, fazia-o com prazer, transparecendo confiança, ou seja, investia mais. Este aspeto é corroborado por Loureiro (2006) que refere que o desenho quando pintado transparece uma maior projeção do próprio, sendo também um sinal de criatividade.

Em relação aos vários desenhos foi possível observar que o tamanho aproximado dos desenhos na avaliação final era semelhante, o que não aconteceu na avaliação inicial, tal como é possível observar pela imagem 2, na qual os diferentes desenhos aparecem em proporção em relação aos originais. No primeiro momento de avaliação, o desenho do próprio era o mais pequeno e o maior surgia no desenho da mulher, cujo nome fez corresponder a uma menina que a tinha desiludido ao ficar contra ela numa situação injusta.

Outro dado que os desenhos nos sugerem é o seu grande nível da ansiedade. Segundo Loureiro (2006) um traçado grosso ou reforçado, revela tendência para ansiedade e crítica pessoal, fatores que dizem respeito, justamente, à perturbação da menina. Este detalhe pode ser observado nos elementos faciais das três figuras e, em especial no desenho do próprio, na perna, no contorno da cintura e da cara.



Imagem 2: Análise comparativa, DAP, desenho do homem, da mulher e do próprio, respetivamente, estudo de caso II

g) Discussão dos resultados e conclusões

Considerando os dados relativos à GOC, à BPM, à BASC autoavaliação e ao DAP não restam dúvidas de que o resultado da intervenção psicomotora foi muito positivo. Quanto à informação obtida pela BASC nas versões professor e pais e que podem colocar dúvidas, é necessário considerá-la em paralelo com a informação obtida na reunião final com a mãe da menina, em julho.

Na reunião, a mãe referiu que a menina, em maio, tinha deixado a medicação, não tendo necessidade de a tomar nos dias dos exames nacionais. A relação quer com o pai, quer com a avó paterna também se encontrava mais calma, expressando a Beatriz vontade de fazer atividades com o pai. Quando na presença da mãe, e segundo esta, antes da intervenção era mais difícil relacionar-se com as várias pessoas da família. Também no mês de maio, a Beatriz dormiu algumas noites sozinha, situação inexistente no início da terapia.

Contrariamente a este panorama de significativas melhorias, o pai da Beatriz foi operado de urgência às varizes, no final do mês de junho. No mesmo período, a menina recebeu a negativa do exame de língua portuguesa, o que a deixou muito angustiada e desencadeou discussões com o pai, que não compreendia a razão da sua tristeza, já que mantinha a nota de final de ano. A mãe ficou, então, novamente dividida, pedindo ao pai que deixasse a Beatriz dormir com ela. Logo de seguida, o pai da Beatriz foi despedido da empresa onde trabalhava. Empresa de família, cujo patrão era o irmão da mãe e onde esta também estava empregada. A mãe, em resultado da situação ficou muito transtornada e mudou a sua atitude no local de trabalho, levando a que sofresse represálias, nomeadamente, carregar pesos. Trabalho esse que pelas razões de saúde especificadas na anamnese, esta não deveria fazer. Assim, a mãe da menina, falou das várias noites em que não conseguia descansar por causa das dores e da excessiva e frequente preocupação com a filha mais velha que chegava a casa de madrugada por ser

babysitter, da impossibilidade de pedir baixa social por precisar do dinheiro e de como se sentia frustrada pela Beatriz “não ser mais forte” (cit.). Neste sentido, as melhorias descritas pela mãe, sentidas pela própria Beatriz e verificadas através da BASC na versão autoavaliação e no DAP, não foram verificadas nas escalas respondidas pela mãe.

A estes dados, acrescenta-se a boa relação que ao longo do ano letivo a professora estabeleceu com a Beatriz. A professora mostrou-se mais acessível a partir do momento em que, após ter sido contactada pela estagiária e a hora da terapia psicomotora deixou de interferir com o horário escolar, começou a prestar mais atenção à menina e a perceber as suas dificuldades. Em resultado, também o perfil relativo às competências adaptativas se encontra com resultados inferiores, uma vez que no início da terapia algumas atitudes da Beatriz eram percebidas pela professora como resultado de uma educação parental demasiado permissiva, nomeadamente, as crises de choro em situações de frustração. Por outro lado, no perfil clínico, as subescalas depressão e somatização verificaram melhorias significativas, bem como nas escalas competências escolares, tendência para o isolamento e atipicidade, se apuraram algumas melhorias. A professora tornou-se numa aliada do processo de intervenção da Beatriz, começando a reforça-la positivamente com maior frequência e a responder adequadamente às dificuldades da menina.

Em suma, a Beatriz, no final do projeto pedagógico-terapêutico tinha melhor controlo do seu corpo, conseguindo aceder à passividade. Nas últimas três sessões a manipulação dos segmentos corporais registou a sua capacidade de modulação tónica voluntária, com a ausência de resistência ao movimento e sem tremuras oculares. No momento de reflexão final, a menina era capaz de dizer, corretamente, quais os segmentos em que tinha conseguido relaxar mais, assim como identificar objetos mediadores que lhe conferiam maior prazer sensorial e de apaziguamento das suas tensões, bem como identificar os elementos que a distraíam.

Em relação à colega mostrou-se cooperante, atenciosa e prestável, embora persistisse numa postura defensiva. Neste sentido, pensa-se que o par auxiliou a menina na adesão às sessões de psicomotricidade, pois tal como Chapelliére (2009) defende, a sessão individual pode aumentar a angústia de separação e a sessão de grupo requer um nível de exposição que pode perturbar crianças inibidas. Assim, se por um lado o par defendia de uma relação individual com o terapeuta, o nível de exposição a que estava sujeita era mínimo e por isso, promotor do seu desenvolvimento. Um dado importante foi o apurar de que a Beatriz tinha, no final do ano, uma melhor amiga na escola e que havia participado em atividades de grupo. Ainda e no que respeita à expressão gráfica, dava sugestões criativas, pintava com vários materiais e expressava prazer quando o fazia.

Concluindo, a Beatriz deverá prosseguir com o acompanhamento terapêutico em psicomotricidade para a possível integração em grupo, por forma a trabalhar as competências sociais de resolução de conflitos e acompanhar a prática do método de relaxação. Este acompanhamento também se justificará pelo ingresso no 2º ciclo, que se apresentava como preocupante para a menina, não só pela polidocência, como pelo aumento de disciplinas, prolongamento do horário curricular obrigatório e alteração do espaço físico que se tornará menos contentor.

7. Dificuldades e Limitações

No presente subcapítulo pretende-se enumerar algumas dificuldades e limitações sentidas durante o período de estágio curricular.

Assim, no que concerne às dificuldades sentidas no decorrer do estágio que complexificaram o exercício das funções de estagiária, bem como os resultados dos projetos terapêuticos, salienta-se a escassa assiduidade de algumas crianças e o não comprometimento parental e escolar. Quanto à primeira, foi muito difícil conduzir dois

grupos onde existiam crianças que faltavam sistematicamente e que, por isso, não conseguiam acompanhar o grupo. Nestes casos, não só as crianças com faltas sistemáticas mostravam mais dificuldade em relacionar-se com o grupo e em corresponder às solicitações do envolvimento como desestabilizavam os outros elementos que se sentiam invadidos pela sua presença inconstante. Depois, as famílias que se desresponsabilizavam acerca da influência que tinham sobre os resultados das crianças, como por exemplo uma mãe que deixava o menino sozinho na sala de espera e, em seguida, como compensação, não o levava à escola. Outro pai, na sua postura altiva e ameaçadora, alimentava a oposição e sarcasmo da criança em relação aos pares. Uma outra mãe ainda, dizia-nos repetidamente que sentia o seu filho pior, não aceitando que o fato de lhe dar medicação de forma descontínua e não aparecer à hora a que começava a sessão, eram fatores de extrema relevância para a sua instabilidade psicomotora.

A par destas situações, encontraram-se casos de professoras titulares de turma que se atrasam ou não entregavam ou entregavam incompletos os questionários da escala BASC. O contacto com a escola também era difícil, pois a partir da hora de almoço, hora em que havia maior disponibilidade para fazer ou receber telefonemas, a grande maioria não se encontrava disponível. Por este motivo, algumas avaliações finais ficaram com dados de datas muito próximas ou ficaram incompletos, sem os dados da escala no final do ano letivo.

Outras dificuldades coexistiram, nomeadamente a constatação de que uma hora de intervenção semanal era insuficiente para algumas crianças, ao mesmo tempo que o aumento dessa frequência era impossibilitado não só pelo número limitado de faltas laborais que os pais podem ter como pelo escasso número de horas de terapia subsidiadas pelo SNS.

Contrariamente às situações expostas salientam-se os pais extremamente empenhados, com uma participação ativa e constante e professores responsivos que possibilitaram melhorias significativas em curtos espaços de tempo. Bem como a possibilidade de trocas de informação constantes entre a psicomotricidade e outros terapeutas e médicos da CE. Esta situação permite que todos acompanhem o percurso de uma dada criança e que esta, numa só vinda à clínica, possa ser consultada pelas várias especialidades, no sentido de que o prejuízo escolar seja minorado ao máximo.

Quanto às limitações experimentadas ao longo do estágio destaca-se, em primeiro lugar, o horário do ginásio. O espaço é partilhado entre a UPI e a CE e embora exista uma convenção que delimita o uso de cada uma das instituições, projetos de investigação e/ou intervenção em curso, desenvolvidos pela UPI, ocupavam horas respetivas à CE. Claramente, o bom senso imperou e não se colocou entraves à continuidade de tais projetos. No entanto, situações houve em que a intervenção psicomotora decorreu noutros espaços, nomeadamente na sala de reuniões da CE e no gabinete, em casos de sessões individuais.

Por último, evoca-se a incompatibilidade espacial entre médicos responsáveis de caso e a equipa de psicomotricidade. Por falta de outros psicomotricistas no departamento de pedopsiquiatria do HDE, 5 crianças cujos médicos pertenciam a outras clínicas, nomeadamente Clínica do Parque e Clínica da Lapa, foram encaminhadas para a CE, apenas para acompanhamento psicomotor. Esta situação limita não só a discussão do caso com o médico, sendo o contacto telefónico por vezes inútil pela incompatibilidade de horários dos técnicos, como também impossibilita a discussão do caso em reunião de equipa. E esta necessidade, em dois dos casos foi uma desvantagem para o bom curso do processo terapêutico.

8. Atividades Complementares de Formação

A par das atividades de estágio propriamente ditas, i.e. avaliação, planeamento, sessões de intervenção, escrita de relatórios individuais, reuniões com os pais e professores e sessões de orientação, foram desenvolvidas outras atividades que se enumeram abaixo.

8.1. Reuniões Semanais do Núcleo de Estágio

As reuniões do núcleo de estágio em saúde mental infantil e juvenil decorreram todas as segundas-feiras ao longo do ano letivo 2012/2013, salvo raras exceções. No total concretizaram-se 22 sessões de grupo, nas quais foram apresentados trabalhos sobre diversos temas, escolhidos de acordo com as necessidades de cada aluno, estudos de caso em acompanhamento no local de estágio, partilha de experiências e reflexões conjuntas. Os três estudos de caso apresentados pela estagiária encontram-se em anexo (ver Anexo XXIV), bem como o trabalho desenvolvido em parceria com a colega Filipa Periquito, que corresponde ao estudo sobre os estádios de desenvolvimento e as patologias associadas segundo uma abordagem psicodinâmica (ver Anexo XV). Ainda nestas sessões decorreram “apresentações simulacro”, nas quais se apresentava ao grupo trabalhos que seriam expostos em público, como por exemplo, e no caso específico da estagiária, o estudo de caso apresentado em reunião de equipa.

Estas reuniões, pela sua regularidade, permitiram uma troca de informações e um desenvolvimento da nossa capacidade de reflexão acerca do trabalho individual, mas também acerca do trabalho do outro, pois éramos estimuladas a pensar em alternativas perante as dificuldades que surgiam das atividades de estágio. A apresentação dos estudos de caso foram muito úteis, na medida em que se serviram de exemplos e permitiram trabalhar as várias áreas integrantes dos projetos pedagógico-terapêuticos, bem como colocar em perspetiva e análise o programa terapêutico em curso. Por fim, os simulacros possibilitaram enriquecer o trabalho com as dicas dos membros do grupo e ganhar confiança acerca da informação que iríamos passar aquando na apresentação formal pública.

8.2. Reuniões de equipa da Clínica da Encarnação, HDE

As reuniões de equipa na Clínica da Encarnação, HDE, decorreram todas as quartas-feiras de outubro a junho de 2012, salvo raras exceções. No total foi possível assistir a 24 reuniões de estudos de caso. Nestas reuniões discutiam-se diagnósticos e projetos terapêuticos, sendo os presentes convidados a colaborar com sugestões terapêuticas. A participação nestas reuniões permitiu um maior contacto com os profissionais da equipa, perceber melhor, e de acordo com descrições práticas, o que cada técnico desenvolve com cada paciente e ainda contribuir positivamente para o grupo de discussão.

8.3. Iniciativas de Formação Adicional

Ao longo do período de estágio houve a necessidade de continuar a aprofundar conhecimentos científicos e técnicos, não só acerca da terapia psicomotora propriamente dita ou de estudos psicopatológicos, mas também de outras áreas complementares e que se podem associar ou que, coexistindo, se pensa fundamental procurar saber mais. Neste sentido a estagiária assistiu às Reuniões de Formação Contínua Conjunta do Departamento de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência do HDE, a reuniões no Instituto de terapias Expressivas e outras em locais diversos. No sentido de elucidar acerca dos temas assistidos enumeram-se as formações de seguida.

Reuniões de Formação Contínua Conjunta: *“O que eu mais gosto é de te desafiar”*: Transferência e Contratransferência, uma prova de fogo, pela Clínica do Parque; *“Tu não te sabes sentar aí”*: Reflexão acerca do brincar, pela Clínica da Lapa; *“Vocação para*

Amar”: *Centenário do nascimento de João dos Santos*, pela Clínica da Encarnação; *Reflexão acerca dos 30 anos da UPI*, pela Unidade de Primeira Infância; *Internamento Compulsivo de Urgência*, pela Unidade de Internamento; *Comportamentos auto lesivos não suicidários*, pela Unidade de Internamento.

Formações no Instituto de Terapias Expressivas: *Neurofeedback: Novas metodologias de intervenção em contextos de reabilitação e outras patologias cognitivas*, pelo Professor Doutor Jorge Alvoeiro; *Enação: Psicanálise Relacional* pelo Professor António Mendes Pedro; *Transgeracionalidade e as evidências das neurociências e da genética* pela Doutora Rebeca Monte Alto; *A relação na musicoterapia* pelo Dr. João Lourenço.

Outras Formações e Congressos: III Congresso Estimulopraxis - Avaliação e Intervenção nas Perturbações do Desenvolvimento; Workshop Comunicação Aumentativa-Alternativa, pela Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo; VII Conferência da Associação Portuguesa de Psicoterapia Emocional – Psicoterapia Bonding, “Contributos de Coimbra de Matos para a Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise”; V Seminário da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lisboa Oriental - Impacto da crise nas crianças e jovens; 1º Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenil; Conferência “João dos Santos no século XXI: Saúde, Educação, Cultura, Sociedade; Formação “Autismo, hoje” acerca de práticas terapêuticas com crianças com PEA, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

8.4. Apresentações Públicas

A apresentação de trabalhos públicos foi outra das atividades complementares do estágio e que serviu para a aquisição de outras competências subjacente ao trabalho de técnico de saúde como a partilha de informação e discussão de estudo de caso.

Durante o período de estágio foi elaborado em conjunto com a colega de estágio da Universidade de Évora uma aula para a turma de pedopsiquiatria intitulada “Contributo da Psicomotricidade em Saúde Mental Infanto-Juvenil” (ver Anexo XXVI). O núcleo de estágio redigiu um artigo que foi apresentado sob forma de Comunicação Livre no 1º Congresso Mundial de Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenil, intitulada de “Psicomotricidade e Violência: Fundamentos e Terapia Psicomotora” (ver Anexo XXVII) e cujo resumo foi publicado na revista *Atención Primaria – revista especial de congreso*. Por último, numa das reuniões de equipa da Clínica da Encarnação a estagiária apresentou um estudo de caso acerca do trabalho desenvolvido com uma criança com PGD (ver Anexo XXVIII).

8.5. Artigos

A escrita de dois artigos, que se encontram à espera de publicação, foi outras das atividades desenvolvidas pela estagiária que estimulou à pesquisa e aprofundamento de conhecimento técnico e permitiu investir na escrita de documentos com base teórica científica atual e estabelecer paralelismo com a prática, já que ambos remetem a estudos de caso.

Um deles foi desenvolvido em conjunto com o núcleo de estágio: Martins, R.; Santos, A.; Periquito, F.; Fonseca, A. (2013). *Psicomotricidade e Violência: Fundamentos e Terapia Psicomotora*. O outro resulta de um acompanhamento que decorreu em conjunto com o orientador local de estágio: Costa, J.; Santos, A. (2013). *O modelo de co-terapia na intervenção psicomotora de uma criança com perturbação reativa da vinculação – Estudo de Caso*.

IV. ANÁLISE, REFLEXÃO E CONCLUSÕES FINAIS

A inscrição no mestrado resultou de uma vontade em aprofundar conhecimentos e analisar saberes com uma perspectiva diferente, em resultado do meu crescimento pessoal e do que a experiência no estágio de licenciatura havia proporcionado.

A definição de psicomotricidade aprendida nos livros é, obrigatoriamente, diferente daquela que se constrói com as nossas vivências pessoais e por isso, embora ao ramo de investigação se mostrasse aliciante, decidi que deveria investir no aprofundamento das minhas competências na prática terapêutica.

Por estas razões, e porque a psicomotricidade me parece primordial na tentativa pela adaptação e integração da pessoa com dificuldades psicomotoras, emocionais, cognitivas, de comunicação e socialização, decidi-me pelo RACP. Escolhi a Clínica da Encarnação porque me interessava aprender mais sobre psicomotricidade relacional no âmbito de saúde mental infantil e juvenil.

Então, no dia 15 de Outubro de 2012 comecei o estágio com uma proposta desafiante e cujo objetivo só apreendi depois: ir para a sala de espera, observar.

Compreendi que é preciso, primeiro, sermos inundados pelo espaço onde trabalhamos, para estarmos em sintonia com os sentimentos e emoções que por ali passam, e que se espelham tão profusamente na expressão corporal, e com os quais é necessário que estejamos em empatia. Para que a mão do outro não fique indecisa na hora de tocar na nossa.

Nesta linha de exposição das várias aprendizagens, a “posição paradoxal do técnico de saúde mental” (Ferreira, 2002) foi das mais difíceis de mentalizar. Tornou-se perturbador saber de várias situações familiares, sociais, escolares e económicas sobre as quais temos pouco poder para transformar. O técnico não pode querer ser onipotente, colocando-se o risco de pisar o limite da atividade laboral e envolver-se pessoalmente. Neste sentido, o esforço do psicomotricista, parece-me, tem de imperar pelo melhor e mais profundo investimento nas sessões com a criança, na mobilização da comunidade escolar e/ou outros profissionais e nas tentativas da consciencialização dos pais para que certas atitudes e estilos educacionais possam ser transformados.

Os pensamentos expostos nos últimos dois parágrafos conduzem-me à abordagem da dimensão profissional do psicomotricista. Segundo Rodríguez e Llinares (2008) esta deverá incluir a capacidade de observação e escuta, de expressividade psicomotora, de capacidade para utilizar diferentes estratégias de implicação no jogo com vista ao desenvolvimento infantil, de competências para elaborar de maneira criativa e adequada diferentes cenários para a prática psicomotora, e capacidade de comunicação com outros técnicos e com a família.

Acerca da capacidade de observação e escuta, esta deve ampliar-se ao psicomotricista, à criança e à empatia tónica (Llauradó, 2008). A última é respetiva à atitude de leitura tónica do corpo da criança e da sua expressividade psicomotora que contém aspetos do consciente e inconsciente e que ganham dimensão através do corpo-espelho do psicomotricista (Aucouturier, 2011), ou seja, um ajuste tónico entre o terapeuta e a criança, num diálogo tónico-emocional característico da terapia psicomotora.

A capacidade de observação do próprio é a ferramenta com a qual o psicomotricista poderá ajustar as suas respostas, desenvolver a sua capacidade de escuta e trabalhar sobre as suas dificuldades (Rodríguez & Llinares, 2008). Neste sentido, ao longo deste meu breve percurso, tentei sempre aumentar a minha disponibilidade intelectual, corporal e afetiva, recomendadas por vários autores (Llauradó, 2008; Sassano, 2008). Tal como o orientador local certa vez me disse “é na relação contigo que a criança se vai desenvolver” e por isso a consciência acerca dos processos de contratransferência tem de estar presente, o que requer um certo grau de reflexão em torno da nossa própria

história afetiva (Aucouturier, 2011). Para isso, dei continuidade à expressão dramática: atividade que desenvolvo há vários anos e através da qual é possível sublimar angústias e fracassos em poesia corporal, técnica e vocal, ocorrendo como um mecanismo de defesa e de desenvolvimento pessoal, que acredito ter implicações positivas a nível profissional. De facto, penso que esta disponibilidade levou a que algumas crianças procurassem em mim uma representação da emoção e do cuidado maternal, chamando-me, por vezes, de “mãe” ou “mamã”, situações em que o jogo simbólico servia para a resolução de um conflito de difícil resolução, por se tratar de uma posição emocional forte, que é preciso respeitar e repetir. A repetição facilita e transforma-a numa brincadeira que progressivamente ganha diferentes contornos, até que as personagens mudam. E nessa repetição o desconforto esmorece-se, progressivamente, dando lugar à autenticidade (referida por João dos Santos, in Branco, 2010) na forma como a relação se estabelece e como as atividades são desenvolvidas e integradas nas escolhas da criança. Boscaini (2012) fala que a competência específica do corpo do psicomotricista requer um nível similar ao das habilidades da mãe para tarefas como a atribuição de significado, inerente a aspetos expressivos, comunicativos, relacionais, cognitivos e funcionais. Assim, o autor salienta que será possível acompanhar o corpo do paciente “do sofrimento ao bem-estar”, “da dependência à autonomia” (Boscaini, 2012).

O estágio, que durou aproximadamente 10 meses, parece-me, em perspetiva, que se prolongou por um período de tempo muito mais longo, em resultado das diversas experiências que me foram propostas e das que procurei.

De acordo com os objetivos propostos pelo RACP, foi possível com este estágio aprofundar as competências de observação e avaliação, tal como a criação de um plano pedagógico-terapêutico com objetivos gerais e específicos, sempre de acordo com as características e necessidades específicas de cada criança e da sua família. A relação com outros profissionais e com a comunidade foi outro dos objetivos atingidos satisfatoriamente, estabelecendo-se este, não só através de pequenas reuniões informais, mas também de reuniões de equipa e de departamento. A vivência da integração numa equipa de saúde mental infantil e juvenil resultou num aprofundamento de saberes acerca de outras práticas clínicas e da sua complementaridade, na aprendizagem de diferentes estratégias e formas de comunicação possíveis com os utentes e permitiu, também, adquirir ferramentas para melhor comunicar com outros técnicos.

Esta fase, tal como pressuposto pelos objetivos delineados no RACP, foi de intenso estudo teórico, pois a inclusão numa equipa com orientações psicodinâmicas assim o exigia.

A mediação em sessões de grupo onde a exigência do poder de escuta e observação do terapeuta é elevado a um maior expoente conduziu a outras questões. Uma delas relacionava-se com a dúvida acerca de quantos elementos deveria ter um grupo ou que tipo de patologias deveria incluir ou, ainda, se haveria maior benefício em constituir um grupo com características mais homogêneas ou heterogêneas. A experiência prática do RACP permitiu perceber melhor que cada grupo é uma experiência isolada, que a sua constituição deve ser altamente refletida, mas que na constatação de que o mesmo não funciona, a sua alteração terá de ser equacionada e, por isso, a decisão estará sempre lado a lado com a flexibilidade, com as características e evolução do grupo e de cada indivíduo em particular. Também relacionada com a dinâmica terapêutica em grupo, reporta-se a consciencialização de que a continuidade de um serviço de psicomotricidade, em contexto hospitalar, requer estatísticas de atendimento positivas, ou seja, favoráveis aos recursos financeiros. Desta feita, a ideia de grupo terapêutico torna-se mais rentável e por isso preferível, em detrimento da dinâmica individual. Assim, cabe ao técnico, não só atender às necessidades prioritárias do utente, mas também, tornar o atendimento economicamente eficaz, atendendo o maior número de pessoas no menor tempo possível e conseguindo atingir resultados positivos. Neste

sentido, a maior parte das crianças e jovens atendidos pela equipa da psicomotricidade eram integrados em grupos terapêuticos. No entanto, foi desenvolvido trabalho individual e a par, sempre que assim se percebeu ser a opção mais favorável.

Para melhor responder às diferentes dúvidas, foi necessário reler alguma bibliografia e pedir sugestões aos orientadores, mas também utilizei os relatórios individuais escritos após as sessões. Estes ajudaram-me a colocar a minha atitude em questão e assim poder, com método, autoavaliar-me e progredir, gradualmente, tal como um dos objetivos do RACP assim refere. Ocorria o facto de que as questões eram difíceis e para isso, existia a orientação semanal, onde em grupo foi possível resolver dúvidas, programar soluções e projetar ações terapêuticas de cariz psicomotor com vista ao desenvolvimento infantil. Outra das preocupações ao longo do estágio relacionou-se com a necessidade de também prestar um contributo inovador, assim como enunciado pelos objetivos do RACP. Para tal, procedeu-se à realização de trabalhos em grupo e individuais, apresentados no seio da equipa da CE, e num congresso aberto à população em geral, salientando-se igualmente o envio para publicação dos dois artigos escritos.

Concluindo, é possível afirmar que o estágio correspondeu em pleno ao que queria e precisava. O caminho percorrido permite-me, agora, refletir e decidir com mais segurança e perceber que será sempre necessário questionar-me acerca da minha identidade profissional e pessoal, prestar atenção às características específicas de cada pessoa, continuar a ler e ouvir quem mais sabe, porque a evolução não tem meta definida.

“Ser psicomotricista é um processo de autoconhecimento e conhecimento do outro que não acaba jamais, na medida em que como pessoas nos vamos conhecendo e reconhecendo ao longo da nossa vida.” (Rodríguez & Llinares, 2008).”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, (6), 56-64.
- Almeida, G. N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 8(11), 59-66.
- Amaral, R., Pinto, M., Pimentel, M. J., Martins, M. Vale, M.C. (2010). Deficiência Mental: Casuística da Unidade de Desenvolvimento do Hospital de Dona Estefânia. *Acta Médica Portuguesa*, 23(6), 993-1000. Retirado de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/878/1/Acta%20Med%20Port%202010_993.pdf
- American Psychological Association (Ed.). (2002). *DSM-IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- American Psychiatric Association. (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Inc. Retirado de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Aucouturier, B. (2011). *O método Aucouturier - Fantasmas de acção e prática psicomotora* (2ª ed.). São Paulo: Ideias & Letras.
- Balouard, C. (2008). *L'aide-mémoire*. Psychomotricité. Dunod. Paris.
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização. *Revista Diversidades*, (22), 4-9.
- Bergès, J. & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson
- Bergès-Bounes, M. (2011). Appendimenti, corpo e rilassamento. *Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 19(2), 11-14.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A.-M. & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: corps, langage, sujet: Méthode Jean Bergès*. Paris: Elsevier Masson.
- Bregman, J.D. (2011) Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified. In E. Hollander, A. Kolevzon & J. T. Coyle (Eds.) *Textbook of Autism Spectrum Disorders* (pp89-98). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp.132-162). São Paulo: Editora Manole.
- Boubli, M. (2001). *Psicopatologia da criança*. Lisboa: Climepsi Editores, Psicológica de Bolso
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Branco, M.E.C. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler

- CADIN (2005). A Psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil. *A Psicomotricidade*, (5), 77-85.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. *A Psicomotricidade*, (6), 73-78.
- Chapellière, H. (2009). Les groupes thérapeutiques d'enfants: indications, processus, cadre et dispositif. *Reliance Psychomotrice*, (1), 9–17.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em Psicomotricidade de Base relacional. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a Pensar* (273-296). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar sobre a criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, J. (no prelo). Método Afetivo de Aprendizagem da Leitura e da Escrita.
- Clínica da Encarnação (2012). *Manual Local de Qualidade da Área de Pedopsiquiatria/Clínica da Encarnação/HCLC*.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado de http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionaisaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental & Administração Central do Sistema de Saúde. (2012). *Documento Técnico de Suporte à Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Retirado de <http://www.saudemental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia/documento-tecnico-de-suporte-a-rede-de-referenciacao-hospitalar-de-psiquiatria-da-infancia-e-da-adolescencia/>
- Crujo, M. & Marques, C. (2009). As perturbações emocionais: ansiedade e depressão na criança e no adolescente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral e Familiar*, 25 (5), 576-582. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10675&path%5B%5D=10411>
- Cruz, M. M. & Lobo, P. G. S. M. (2005). A Depressão na Criança: Projecto de Intervenção em grupo (breves reflexões). In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes: Aprender a Pensar* (pp107-138). Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz, V. (2009). Dificuldades de Aprendizagem Específicas. Lisboa: Lidel
- Damásio, A. (2013). O Sentimento de Si: Corpo, Emoção e Consciência. Lisboa: Temas e Debates, Circulo de Leitores
- Decreto-lei n.º 35/99 de 5 de Fevereiro de 1999. *Diário da República nº30/99 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.

- Decreto-lei nº304/2009 de 22 de Outubro de 2009. *Diário da República* nº205/09 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-lei nº 8/2010 de 28 de Janeiro de 2010. *Diário da República* nº 19/10 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Despacho n.º 10464/2008 de 9 de Abril de 2008. *Diário da República* nº 70/08 - II Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Saúde mental e doenças psiquiátricas. Vol. I e II. Retirado de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html DGS, 2004
- Direção Geral de Saúde (2005). *Circular normativa nº6/DSPSM: organização dos serviços de saúde mental da infância e da adolescência*. Retirado de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente2/legislacao/circulares%20normativas/ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20DOS%20SERVI%C3%87OS%20DE%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20DA%20INF%C3%82NCIA%20E%20DA%20ADOLESC%C3%84NCIA.PDF>.
- Direção-Geral Saúde (2013) *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde. Retirado de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CD0QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx&ei=5S6LUtWCM-bE7Aai5oHoBg&usg=AFQjCNEl5lDo90dQGIBPFCqbb7G1W_cNQ&sig2=E-8nrFViqfQ3gLaIpOnDaQ&bvm=bv.56643336,d.Yms
- Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F., Da Silva, P.C. (2011). Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e da adolescência. *Acta Médica Portuguesa*, (24), 925-934. Retirado de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/1397/1/Acta%20Med%20Port%202011_24_925.pdf
- European Forum of Psychomotricity. (2013). *Statutes: Preamble*. Retirado de <http://psychomot.org/efp/statutes/>
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Pelas Bandas da Psicanálise.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 124-150.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora editora.
- Fonseca, V. (2008) *Dificuldades de aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2009). Para uma Teoria da Perfectibilidade Psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, (12), 9-52.

- Fonseca, V., & Martins, R. (2001) Prefácio. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 5-10), Lisboa: Edições FMH.
- Goodman R, Scott S. (2005). Anxiety disorders. In R. Goodman & S. Scott (Eds.), *Child Psychiatry* (2ª ed.), (pp84-90). Oxford: Blackwell Publishing; 2005. p. 84-90.
- Harrington R. Affective disorders. (2002) In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry* (4a ed.), (pp463-82), Oxford: Blackwell Publishing.
- Joly, F. (2007). Les sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86.
- Krain, A.L., Ghaffari, M., Freeman, J., Garcia, A., Leonard, H., Pine, D.S. (2007). Anxiety Disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4a ed), (pp538-47). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Levin, E. (2009). *A Clínica Psicomotora: O corpo na linguagem* (8ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Lei n.º 36/98 de 27 de Julho de 1998. *Diário da República nº 169/98 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Lima, C. B. (2012). As Metodologias de Intervenção nas PEA. In C.B., Lima (Coord) *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção*. Lisboa: Lidel (2ª ed.). p41-45.
- Llinares, M. L. & Rodriguez, J. S. (2005). *Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales*. Málaga, Ediciones Aljibe, S.L.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, (22,2), 123-154
- Loureiro, B. (2006). Il contributo del disegno della figura umana nell'asame psicomotorio. *Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 14(1), 2-7.
- Mandy, W., Charman, T., Gilmour, J., & Skuse, D. (2011). Toward specifying pervasive developmental disorder – not otherwise specified. *Autism Research*, 4, (2), 121-131. DOI: 10.1002/aur.178
- Marcelli, D. (2005). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi
- Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Retirado de <http://www.saudemental.pt/saude-mental-da-infancia-e-da-adolescencia/lancamento-a-nivel-nacional-do-manual-recomendacoes-para-a-pratica-clinica-da-saude-mental-infantil-e-juvenil-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Martins, Simões e Brandão (2012-2013). Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, 2º Ano. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.

- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2002). Il registri del corpo. *Ricerche e Studi in Psicomotricità*, (2), 29-30.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1, (2), 69-76. Retirado de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/60>
- Minguillón, C. G. (2005). Psicomotricidad. In P.G. Cuevas (Ed.). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones* (pp.711, 734). Madrid: Complutense.
- Moffitt, T., & Scott, S. (2010). Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5ª Ed.). Oxford: Wiley-Blackwell
- Moutinho, G. V. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho, (Eds). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (45-57). São Paulo, BR: Editora Manole..
- Mordre, M., Groholt, B., Knudsen, A. K., Sponheim, E., Mykletun, A., & Myhre, A.M. (June, 2012). Is Long-Term Prognosis for Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified Different from Prognosis for Autistic Disorder? Findings from a 30-Year Follow-Up Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, (6), pp 920-928. Doi: 10.1007/s10803-011-1319-5
- Naglieri, J. (1988). *Draw a person: a quantitative scoring system*. Manual. California: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Ozonoff, S. & Rogers, S.J. (2003). De Kanner ao milénio: avanços científicos que moldaram a prática clínica. In S. Ozonoff; S. J. Rogers & Hendren, R.L. (Eds). *Perturbações do espectro do autismo: Perspectiva da Investigação Actual*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pauwels, P. & Taymans, A. (2009). La pratique de groupe d'aide par l'asbl "Tout en soie". *Reliance Psychomotrice*, (1), 18-20.
- Peñas, J.J. G. & Andújar, F. R. (2007). Alteraciones del perímetro craneal: microcefalia y macrocefalia. *Pediatría Integral*, XI, (8), 701-716. Retirado a 15 de Outubro de 2013 de <http://www.acondroplasiauruguay.org/documentos/informacion%20medica/a/Perimetro%20craneal%20macrocefalia.pdf>
- Queirós, O., Goldschmidt, T., Almeida, S, & Gonçalves, M.J. (2003). O outro lado das birras: alterações do comportamento na 1ª infância. *Análise Psicológica*, 1(21), 95-102. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n1/v21n1a12.pdf>

- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice base sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119.
- Raynaud, J.-P.; Danner, C. & Inigo, J.-P. (2007). Psychotérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 113-119.
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 6 de Março de 2008. *Diário da República nº47/08 - I Série A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Rodríguez, J.S. & Llinares, M.L. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe
- Rygaard, N. P. (2006). *Severe Attachment Disorder in Childhood: A Guide to Practical Therapy*. New York: Springer Wien.
- Rutter, M. (2011) A Selective Scientific History of Autism. In E. Hollander, A. Kolevzon, & J.T. Coyle (eds.) *Textbook of Autism Spectrum Disorders*. Pag 89-98. pag5-21
- Sassano, M. (2008). El vínculo afectivo como caminho entre el no tener cuerpo al ser persona: Acerca de la Psicomotricidade en las psicosis infanto-juveniles. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(2), 95-154.
- Sameroff, A. & Feil, L. (1992). Parental concepts of development. Em: I. Siegel; A.V.M. Lisi; J.J. Goodnow (eds.). *Parental belief systems: the psychological consequences for children*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (2ª edição)
- Stakes (2008). Construir Boa Saúde Mental: Orientações baseadas no conhecimento existente, Projeto Monitoring Positive Mental Health Environments. Finland: Gummerus Printing. Retirado de <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAdede-Mental.pdf>
- Selmi, F. (2011). Therapie psychomotrice en pédopsychiatrie et valeur thérapeutique des liens. *Reliance Psychomotrice*, (8), 11-21.
- Soares, I., Martins, E.C., & Tereno, S. (2007). Vinculação na infância. In I. Soares (Ed). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp.49-98). Braga: Psiquilibrios.
- Sroufe, L.A, Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 48-70). New York: The Guilford Press.
- Strecht, P. (2012a). Crescer Vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim.

- Strecht, P. (2012b). *Interiores: uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Tonge BJ. Common child and adolescent psychiatric problems and their management in the community. MGA Practice Essentials. Disponível em: <http://www.mja.com.au/public/mentalhealth/articles/tonge/tonge>.
- Towbin KE, Pervasive developmental disorder not otherwise specified. (2005). In: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D (Eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders Vol. 1: Diagnosis, development, neurobiology, and behavior* (3rd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Turk, J., Graham, P., & Verhulst, F. (2007). Emotional development and disorders of mood. In J. Turk, P. Graham & F. Verhulst (Eds.). *Child and adolescent psychiatry: a developmental approach*. (4a ed), (pp221-247). New York: Oxford University Press.
- Vecchiato, M. (1989). *Psicomotricidade relacional e terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vecchiato, (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Verissimo, M., & Salvaterra, F., (2006). Maternal Secure-Base Scripts and Children's Attachment Security in an Adopted Sample. *Attachment and Human development*, 8(3), 261–274.
- Vidigal, M.J. & Guapo, M.T. (1997). Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces. *Análise Psicológica*, 2 (15), 207-209.
- World Health Organization. (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf
- World Health Organization. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Switzerland: WHO Press. Retirado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html
- Wing, L & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 9(1), 11-29.

ANEXOS

Os anexos encontram-se na versão digital, distribuídos por pastas por forma a facilitar o seu acesso.